Nutrición comunitaria

PID_00265801

E. Joy Ngo de la Cruz Blanca Román Viñas

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 4 horas





© FUOC • PID_00265801 Nutrición comunitaria

E. Joy Ngo de la Cruz Blanca Román Viñas

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Anna Bach (2019)

Primera edición: septiembre 2019 © E. Joy Ngo de la Cruz, Blanca Román Viñas Todos los derechos reservados © de esta edición, FUOC, 2019 Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona Realización editorial: FUOC © FUOC • PID_00265801 Nutrición comunitaria

Índice

]	Polí	ticas al	imentarias nutricionales				
	1.1.	Conce	ptos y definiciones				
		1.1.1.	Nutrición y salud pública				
		1.1.2.	Política alimentaria				
		1.1.3.	Política alimentaria nutricional (PAN)				
		1.1.4.	Seguridad alimentaria				
	1.2.	2. Marco para la elaboración de una política alimentaria y					
		nutricional					
		1.2.1.	Países con economías emergentes				
		1.2.2.	OMS Europa				
	Obje	etivos n	utricionales y guías alimentarias basadas en				
			(GABA)				
	2.1.		ucción				
	2.2.	Conce	ptos y definiciones				
		2.2.1.	Objetivos nutricionales				
		2.2.2.	Requerimientos nutricionales				
	2.3.	Las gui	ías alimentarias basadas en alimentos (GABA)				
	2.4.	_	lución de las GABA				
	2.5.	Las GABA –herramientas claves para políticas y accionas					
		educativas					
	2.6.	La elaboración de las GABA					
	2.7.	Model	os y metodologías propuestos				
	Plan	ificaci	ón y programación en nutrición comunitaria				
	3.1.		ucción				
	3.2.		cación de un programa de nutrición comunitaria				
	3.3.		reso P (Proceso de planificación de un proyecto de				
		_					
		3.3.1.	Análisis				
		3.3.2.	Priorización de los problemas de salud identificados				
		3.3.3.	Elaboración de los objetivos				
			,				
		3.3.4.	Especificación de las acciones/actividades de la				
		3.3.4.	Especificación de las acciones/actividades de la intervención				
		3.3.4. 3.3.5.	-				

© FUOC • PID_00265801 Nutrición comunitaria

4.2.	Determinantes de los hábitos alimentarios	39			
4.3.	Concepto de educación nutricional dentro del marco de				
	educación para la salud	40			
4.4.	Modelos de planificación de intervenciones educativas y de				
	aprendizaje y cambio de conducta	41			
4.5.	Modelos de aprendizaje y cambio de conducta (enfoque				
	individual)	42			
	4.5.1. El modelo transteórico	42			
4.6.	Modelos de planificación de intervenciones educativas	42			
	4.6.1. Precede-Procede	42			
	4.6.2. Marketing social	43			
Riblings	afía	47			

Introducción

Los desafíos de la nutrición comunitaria, tales como la inseguridad alimentaria, la obesidad y la diabetes, pueden prevenirse en gran medida, pero siguen planteando amenazas importantes para la salud de la población en general. Los sistemas y políticas alimentarias altamente industrializadas e insostenibles son los principales contribuyentes a estos problemas. Como tal, la nutrición comunitaria aborda la solución de problemas de salud pública a nivel poblacional, pero integra diferentes tipos de estrategias tanto a niveles individual, interpersonal y comunitario, como a niveles ambiental y de políticas. Por ejemplo, para promover opciones de alimentos saludables se tienen en cuenta determinantes tales como la elección de estos productos y su relación con la cadena de producción y distribución de alimentos, entre otros.

El objetivo principal de la nutrición comunitaria es mejorar el estado nutricional y de salud de los individuos y grupos de población de una comunidad. Las acciones dentro de este campo se basan en la epidemiología, la nutrición, las ciencias de la alimentación humana y las ciencias de la conducta. Se aplican en tres áreas de actuación estratégica: grupos de población, políticas alimentarias y nutricionales (PAN) y programas de intervención. Este enfoque multinivel requiere el compromiso multidisciplinar de todos los actores (*stakeholders*), con la imprescindible participación de la comunidad para asegurar la eficacia y sostenibilidad de las acciones. Estas características distinguen la nutrición comunitaria de la nutrición clínica, cuyos puntos diferenciales se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Nutrición comunitaria y Nutrición clínica: aspectos diferenciales

	Nutrición comunitaria	Nutrición clínica
Enfoque	Prevención	Tratamiento de enfermedades
Población diana	Poblaciones, colectivos	Individuales
Entorno	Comunidades autónomas, regiones y comunidades	Clínicas y hospitales
Estrategias	Múltiples, se refuerzan mutuamente	Consejo y educación alimentaria-nutri- cional

Lectura recomendada

Artículo sobre la nutrición comunitaria –los conceptos, las funciones y los objetivos generales.

J. Aranceta Bartrina, C. Pérez Rodrigo y Ll. Serra Majem (2006). «Nutrición comunitaria». Revista de Medicina de la Universidad de Navarra (vol. 50, núm. 4, págs. 39-45). http://www.bvsde.opsoms.org/texcom/nutricion/6-NUTRICIONc.pdf.

1. Políticas alimentarias nutricionales

1.1. Conceptos y definiciones

Aunque el interés por los alimentos, la dieta y la salud es muy antiguo, la nutrición es una ciencia joven. Su historia se inicia en el siglo XIX, cuando Lavoisier, el químico que denominamos el «padre de la ciencia nutricional moderna», llevó a cabo estudios sobre la combustión de los alimentos. Al ser una ciencia tan joven, a veces sufre una crisis de identidad, ya que tiene un carácter multidisciplinario en el que se incluyen las ciencias básicas y aplicadas de la nutrición, la dietética, la bromatología, la química aplicada a los alimentos, la nutrición en salud pública, la antropología, las ciencias del comportamiento...

Otro problema al que se enfrenta por ser una ciencia tan relativamente reciente radica en no haber definido realmente su lenguaje. A veces se genera una cierta confusión en los términos, empleados indistintamente, sin conocimiento de causa y sin precisión. Se observa la evolución de los conceptos que integran las políticas dirigidas a la alimentación y la nutrición en las siguientes definiciones:

1.1.1. Nutrición y salud pública

Nutrición: proceso de metabolización del alimento en el cuerpo, desde el momento en que entra en el organismo a través de la boca hasta que lo abandona de diferentes maneras y vías de salida.

Nutrición comunitaria: recorrido y procesos del alimento antes de que llegue al organismo y los esfuerzos para influir en estos procesos y recorridos mediante la política pública.

Los hábitos alimentarios y los patrones de consumo dependen de la disponibilidad de los alimentos (producción, importación, exportación) y el acceso a ellos (los precios de los alimentos y el poder adquisitivo del individuo). A su vez, estos factores están determinados por las políticas nutricionales y alimentarias, agrícolas y económicas (macroeconómica y socioeconómica) dentro de un contexto cultural determinado.

1.1.2. Política alimentaria

Según describe W. P. T. James en el tratado *Healthy Nutrition* (OMS Europa, 1990), la política alimentaria consiste en:

Referencia bibliográfica

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

«los resultados de una legislación y unas decisiones gubernamentales destinadas a **asegurar la provisión de alimentos** para la población. De este modo, incorpora una serie de medidas de tipo fiscal, comercial, político, social y/o de **protección al consumidor**».

Implícitamente, la disponibilidad de alimentos para una determinada población se relaciona con políticas agroalimentarias, políticas económicas y en menor grado con finalidades nutricionales. A lo largo de la historia, en varias ocasiones ha habido una confluencia entre las políticas agroalimentarias y el estado nutricional de la población, pero no por ello se puede asumir que haya consenso en la elaboración de políticas integrales que tenga en cuenta la promoción de la salud. De hecho, este es un campo de alta sensibilidad que genera mucho debate.

Por otra parte, el sistema alimentario moderno es complejo y ha experimentado cambios trascendentes –la globalización, la sostenibilidad, las nuevas tecnologías que incluyen los transgénicos, los alimentos funcionales, así como la incorporación de entidades internacionales como la Organización Mundial del Comercio (OMC)–. El efecto de la globalización se ha producido con la aplicación de acuerdos multilaterales de la Ronda Uruguay, iniciada en 1986, y en las sucesivas negociaciones comerciales realizadas en las cumbres interministeriales, dentro del marco institucional de la OMC, constituida en 1994. Los resultados de estas políticas macroeconómicas, cuyos objetivos se centran en abrir mercados mundiales a través del comercio libre, no siempre han sido favorables, particularmente para los países con economías emergentes.

Perfiles de tarifas en mercados agrícolas

Media de tarifas según producto

□ Tabaco
□ Remolacha
□ Verduras secas
□ Productos lácteos
□ Ganadería
□ Cereales

Figura 1. Los tres países con la mayor importación de productos agrícolas

Fuente: Profiles of Tariffs in Agricultural Markets. ERC USDA, enero 2001.

Una tarifa se refiere al impuesto que se paga por la importación de determinadas mercancías o productos, cuyo valor lo establece el gobierno del país importador. Los países con tarifas altas para productos importados efectivamente reducen las cantidades disponibles de estos productos (es decir, favorecen el proteccionismo de la producción doméstica). Este gráfico demuestra claramente los productos «protegidos» por tarifas altas para asegurar su producción autóctona en el país.

Hoy día, el paradigma de la producción, el sistema alimentario y la cultura alimentaria están aún en estado de turbulencia. Tanto en países desarrollados como en los que se hallan en vías de desarrollo, el proceso de globalización ha producido cambios relevantes en la nutrición, que poco a poco han limitado el grado de control de las personas sobre su propia dieta. En países industrializados existe una crisis de producción excesiva que ha supuesto problemas

de obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes. Algunos sectores preconizan que la salud pública debería estar enfocada a desarrollar acciones que redirijan el poder en la toma de decisiones hacia el consumidor y que este no se quede en manos de las grandes compañías y la comercialización.

Por lo tanto, se debería distinguir entre las políticas alimentarias explícitas y las que son implícitas. Un gobierno puede presentar una política de modo oficial, pero implícitamente llevarlo a cabo de una manera distinta.

Otro concepto que engloba la definición de políticas alimentarias descrita por W. P. T. James es el de la seguridad alimentaria, es decir, las políticas dirigidas a la provisión de suministros alimentarios en condiciones higiénicas y que sean inocuos para el consumidor. Existen otras significaciones del concepto «seguridad alimentaria» que se comentarán más adelante.

1.1.3. Política alimentaria nutricional (PAN)

«Conjunto de acciones concertadas, a menudo iniciadas por los gobiernos, con la finalidad de proporcionar a la población los alimentos que contribuyan al mejor estado nutricional posible para toda la población».

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

Tal como se ha comentado previamente, la evolución de las políticas de nutrición en el mundo no ha ocurrido en etapas definidas. Su desarrollo ha surgido, por lo general, como un resultado de momentos históricos claves que han impulsado acciones de una forma u otra.

Como ejemplo, durante la época de la posguerra, en los años cincuenta en Europa, las políticas alimentarias nutricionales se centraban en la necesidad de aportar a la población suministros alimentarios en cantidades suficientes y en condiciones sanitarias seguras. Era imprescindible, pues, reconstruir y fortalecer el sector agrícola, y así nacieron una serie de acciones contundentes a nivel local y nacional para cumplir tanto con este objetivo como con el de expandir y consolidar el sector de la industria alimentaria. En las décadas de 1960 y 1970 se consideró la desnutrición como un problema de atención de la salud pública, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Por lo tanto, la finalidad prioritaria para mejorar la nutrición de los países con economías emergentes fue erradicar la desnutrición grave mediante las intervenciones nutricionales directas o la ampliación de las políticas y de los programas.

Hoy en día la doble carga de la malnutrición –que abarca la desnutrición y el sobrepeso/obesidad fomentadas por la globalización y la transición nutricional entre otros factores— tiene impactos significativos y negativos en los países de economías emergentes. Asimismo, los temas de sostenibilidad y cambio climático también son enfoques que empiezan a reflejarse en las PAN de países en todas las zonas del mundo. Es imprescindible instaurar acciones que puedan mantener los niveles necesarios para la producción de alimentos nutritivos al tiempo que minimicen los efectos ambientales de la agricultura y ganadería intensivas.

Por consiguiente, vemos que la **política alimentaria nutricional** (PAN) es un término global para describir las medidas de políticas públicas que tienen en cuenta concretamente la promoción de la salud y los sistemas alimentarios. Dado lo previamente expuesto, cabe recordar que el simple abastecimiento de alimentos a una población que no incluya criterios de promoción de la salud no entraría en esta definición.

Igual que en otros sectores que tengan políticas, tales como la política exterior o la política económica, hoy día se reconoce que existen las políticas alimentario-nutricionales. A menudo son programas explícitos –establecidos por administraciones gubernamentales– y a veces son implícitos, debido a una combinación de políticas privadas entre la industria alimentaria y otras entidades. Tal como se demuestra en la figura 1, existe una amplia gama de actores que, entre ellos, pueden intervenir en la elaboración de políticas orientadas a mejorar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de poblaciones dianas. Según este esquema, la formulación de una PAN se basa en objetivos derivados de un detallado análisis previo, que forma el techo bajo el cual todas las acciones se desarrollan. Las diversas acciones potenciales se plasman en tres categorías generales:

- 1) el aporte de alimentos;
- 2) la calidad de los alimentos, y
- 3) la demanda de los alimentos.

Las medidas que comprenden una PAN son numerosas y muy variadas. Pueden abordar temas como la educación alimentaria nutricional e incluso la aplicación de impuestos o normativas. Dada la gran envergadura de temas y políticas que se pueden incorporar, la elaboración de una PAN puede tardar años en llevarse a cabo.

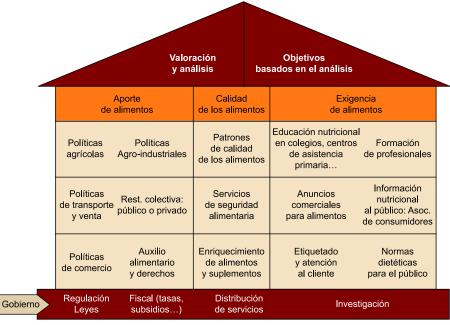
En definitiva, una PAN consiste en la aplicación de la política pública al campo de la alimentación y la nutrición, con el propósito de conseguir que las acciones sean concertadas e intersectoriales.

Dariush Mozaffarian, un experto en esta materia, ha resumido el enfoque de la siguiente manera:

«Dados los papeles claves que juegan los factores sociales y ambientales en la configuración de los hábitos alimentarios, los enfoques de políticas (basados en la población) son cruciales para tener éxito [en mejorar la alimentación]. Se pueden diseñar e implementar estrategias efectivas a nivel local (por ejemplo, en escuelas, lugares de trabajo, comunidades), así como a nivel de ciudad, estado, nacional e internacional. Varios enfoques específicos están respaldados por una fuerte base de evidencia científica por su eficacia comprobada. Estas experiencias generalmente demuestran que solo la educación o la información, sin cambios económicos o ambientales adicionales, tiene una influencia limitada sobre el comportamiento. Los enfoques integrados de múltiples componentes que incluyen medidas de políticas que abordan los factores determinantes "macro" [factores upstream, por ejemplo, normativas, aumentar acceso a servicios, implantar impuestos...], esfuerzos educativos a nivel de entidades y organizaciones [factores midstream] y enfoques comunitarios y ambientales [factores downstream -los que afectan a decisiones al nivel del individuo-] pueden ser especialmente eficaces. Las estrategias en diversos tipos de políticas pueden complementar los esfuerzos de los sistemas sanitarios al mismo tiempo que reducen las disparidades sociales y raciales debido a la agrupación de hábitos de dieta subóptimos, entornos locales y factores de riesgo de enfermedad».

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

Figura 2. Esquema de los componentes de una política alimentaria nutricional



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

Enlace recomendado

Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), Espa-

Página web que contiene información sobre la primera PAN en España con un enfoque multisectorial e integral. Incluye el Código PAOS, una iniciativa pionera para monitorizar la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños y adolescentes.

http:// www.aecosan.msssi.gob.es/ AECOSAN/web/ nutricion/seccion/ estrategia_naos.htm.

1.1.4. Seguridad alimentaria

«La seguridad alimentaria existe cuando las personas, en cualquier momento, tienen acceso físico y económico a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para cubrir las necesidades nutricionales y las preferencias alimentarias para conseguir una vida activa y sana».

OMS/FAO. Cumbre mundial de la Alimentación, 1996.

En esta definición ya clásica de la OMS de la seguridad alimentaria, cabe destacar la distinción entre los conceptos de seguridad que se refiere a la inocuidad de los alimentos (en términos de **higiene**, como se mencionó anteriormente en otro apartado) y los que se refieren a **asegurar** el acceso a los alimentos para cubrir las necesidades nutricionales y llegar al máximo potencial posible. En cuanto al concepto del higiene y de calidad alimentaria, existen políticas que consisten en normativas de higiene¹, normativas que garantizan los patrones de calidad², así como normativas dirigidas a los servicios de seguridad alimentaria³.

El origen del concepto inicial de seguridad alimentaria surge en la década de 1970, basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional. En los años ochenta se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico. Y en la década de 1990 se llegó al concepto actual, que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales y reafirma la seguridad alimentaria como un derecho fundamental del individuo. Los antecedentes de este proceso son los siguientes:

Cronología de los antecedentes de la seguridad alimentaria

1940: Naciones Unidas, en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), reconoció la alimentación como derecho universal.

1990: Cumbre Mundial a favor de la Infancia.

1992: I Conferencia Internacional sobre Nutrición celebrada en Roma, en la que 159 países se comprometen a erradicar el hambre y reducir la desnutrición en la Declaración mundial y el plan de acción para la nutrición. Fue la primera conferencia intergubernamental cuyo enfoque se centraba en la nutrición. Impulsa la elaboración de los Planes Nacionales de Alimentación y Nutrición.

1996: Cumbre Mundial sobre Alimentación. Se define la seguridad alimentaria y une la estrategia de 1992 de erradicar el hambre a la protección del medio ambiente y al desarrollo sostenible.

2000: Cumbre del Milenio. 189 jefes de Estado y Gobierno suscriben la Declaración del Milenio y se comprometen a tomar decisiones efectivas para el logro de ocho objetivos de desarrollo.

2009: Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial. Los líderes mundiales adoptaron por unanimidad una declaración prometiendo un compromiso renovado para erradicar el hambre durante la Cumbre Mundial sobre Seguridad Alimentaria.

2014: Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición.

Se celebró en Roma, Italia, en noviembre de 2014 y adoptó la Declaración de Roma sobre Nutrición, comprometiendo a los países a erradicar el hambre y prevenir todas las formas de malnutrición en todo el mundo.

⁽¹⁾APPCC, Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico; HACCP en inglés.

(2) Denominaciones de origen, normas y directrices en el *Codex Alimentarius*.

⁽³⁾Inspección y controles, redes de alerta alimentaria, entre otros.

2015: Cumbre de Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible: Objetivo 2. La cumbre de la ONU para la adopción de la agenda de desarrollo post-2015, una reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General, se celebró del 25 al 27 de septiembre de 2015 en Nueva York. El Objetivo 2 del Desarrollo Sostenible tiene como objetivo acabar con el hambre y todas las formas de malnutrición para 2030.

El enfoque reciente y más global y, en consecuencia, más difícil de aplicar consiste en situar el bienestar nutricional en el núcleo de los modos de vida y de los métodos de producción y consumo, y obliga a replantearse los fundamentos teóricos y prácticos de numerosas políticas e intervenciones. Dicho enfoque implica, en particular, el desarrollo de un movimiento para que se consideren las cuestiones de nutrición desde el punto de vista del derecho humano; además, existe la necesidad de crear un nuevo paradigma para la agricultura mundial. Este paradigma debería considerar el fomento de sistemas alimentarios sostenibles y favorables para la nutrición, la salud y el bienestar.

1.2. Marco para la elaboración de una política alimentaria y nutricional

Como es de esperar, entre los países del mundo que tienen una PAN, existe una amplia variedad de políticas y acciones comprendidas en ellas, ya que reflejan las distintas prioridades y la problemática nutricional de cada región.

1.2.1. Países con economías emergentes

La construcción de la PAN en muchos de estos países tiene en cuenta las siguientes directrices:

- 1) Debe lograr diseñar, integrar y ejecutar acciones que contribuyan a resolver la inseguridad alimentaria y nutricional.
- 2) Debe tener un enfoque de derechos participativo, intersectorial e integral que articule instituciones y acciones.
- 3) Debe trascender los gobiernos y convertirse en política de Estado.

Los ejemplos de acciones realizadas incluyen, entre otras, la ayuda alimentaria mediante el Programa Mundial de Alimentos (PMA), así como la puesta en marcha de programas de suplementación⁴, programas de fortificación y diversificación de los alimentos en la dieta. La educación nutricional también juega un papel clave en las intervenciones delimitadas en las PAN, con un enfoque prioritario en la población materno-infantil y las personas con VIH/SIDA. Otros aspectos relacionados con la seguridad alimentaria en una PAN se refieren tanto a la disponibilidad de alimentos y las condiciones de acceso a los productos de una dieta básica como a las decisiones asociadas con el grado de autosuficiencia deseable para el país.

Lectura recomendada

Este capítulo del libro aborda el marco contextual en el que se desarrollan las PAN. Por ejemplo, la inclusión de la seguridad alimentaria y la influencia de la globalización.

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

(4)El diseño de alimentos preparados ricos en nutrientes o RUF, «Ready-to-use food».

1.2.2. OMS Europa

En septiembre de 2000, la Oficina Regional de la OMS para Europa elaboró un marco para el desarrollo de políticas multisectoriales nutricionales y alimentarias con el fin de reducir la carga de enfermedades relacionadas con la alimentación. 51 países miembros aprobaron una resolución para poner en marcha el primer Plan de Acción para una política alimentaria y nutricional. El plan hace hincapié en una política cuyo enfoque debería ser intersectorial, es decir, que combine y coordine acciones dirigidas a la nutrición y la alimentación, a la seguridad alimentaria y al desarrollo sostenible. Por lo tanto, el marco se basa en tres estrategias interrelacionadas:

- 1) Una **estrategia de seguridad alimentaria** (concepto de higiene⁵): prevenir la contaminación, tanto química como biológica, en todas las etapas de la cadena alimentaria. El riesgo de alimentos contaminados constituye una gran preocupación para esta región, y se están desarrollando nuevos sistemas para asegurar la inocuidad de los productos que aborda el enfoque «desde la granja hasta la mesa⁶».
- 2) Una **estrategia nutricional**: asegurar la salud óptima, sobre todo en las poblaciones de riesgo (personas con bajos recursos, por ejemplo) y durante las etapas críticas del ciclo vital (infancia, embarazo y lactancia, vejez).
- 3) Una estrategia para el suministro alimentario sostenible (seguridad alimentaria en términos de acceso): asegurar el abastecimiento de alimentos en cantidades suficientes y de buena calidad, lo que a su vez fomenta el desarrollo de las economías rurales, así como la promoción de los aspectos sociales y medioambientales de un desarrollo sostenible.

Posteriormente, la OMS Europa publicó su segundo plan de acción para una política alimentaria y nutricional. También lanzó una base de datos en la web sobre las PAN en Europa para monitorizar el progreso en nutrición, dieta, actividad física y obesidad.

La base de datos NOPA (Nutrición, Obesidad y Actividad Física) compila la información de los países miembros que contiene datos de vigilancia nacional y subnacional, documentos de políticas, medidas para implementar políticas y ejemplos de buenas prácticas en programas e intervenciones.

En su plan para la elaboración de una política alimentaria y nutricional, la OMS Europa estipula los problemas nutricionales prioritarios y seis líneas de acción para las estrategias que se han de desarrollar (véase la tabla 2).

(5) Food Safety, en inglés.

⁽⁶⁾Farm to fork, en inglés.

Tabla 2. Áreas de acción para políticas alimentaria-nutricionales

Problemas nutricionales prioritarios	Áreas de acción
 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) relacionadas con la nutrición. Obesidad en niños y adolescentes. Deficiencias en micronutrientes. Enfermedades transmitidas por alimentos. 	 Apoyar un comienzo saludable. Asegurar que el suministro alimentario sea inocuo, saludable y sostenible. Informar y educar a los consumidores. Realizar acciones integradas que abordan los determinantes de los problemas nutricionales. Fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional en el sector sanitario. Monitorización y evaluación.

Enlace recomendado

La OMS ofrece una base de datos sobre las PAN en todo el mundo, denominada GI-NA (Global database on the Implementation of Nutrition Action). En este enlace a la base de datos se pueden consultar las acciones y estrategias por país sobre la ejecución de intervenciones nutricionales.

OMS. Base de datos mundial sobre la ejecución de intervenciones nutricionales (GINA): https://extranet.who.int/nutrition/gina/es/policies/summary.

2. Objetivos nutricionales y guías alimentarias basadas en alimentos (GABA)

2.1. Introducción

En la actualidad existen una gran cantidad de información y consejos sobre alimentación, nutrición y salud provenientes de fuentes diversas. Aquellas personas con interés en el tema pueden encontrar datos sobre los nutrientes y los alimentos que deberían consumir para mantener una dieta sana y equilibrada. Las etiquetas nutricionales también proporcionan información útil sobre las cantidades de los distintos nutrientes que contienen los alimentos. Sin embargo, la información disponible sobre los nutrientes a menudo parece bastante compleja y la mayoría de las personas no llega a entenderla bien, por lo que conduce a un uso limitado de ella. Por este motivo, actualmente se están desarrollando nuevas estrategias en el etiquetado frontal (*Front of package labeling* o FOP) que son más fáciles de interpretar, y entre las que destacan modelos como Nutriscore y el semáforo.

Por otro lado, los objetivos nutricionales y las guías dietéticas son herramientas cuya finalidad no es la de recomendar aportes **suficientes** de nutrientes en concreto (este último es la función de las ingestas dietéticas de referencia), sino **adecuar la ingesta dietética media** de la población como sistema de apoyo para prevenir el desarrollo de enfermedades carenciales, así como las patologías crónicas y degenerativas.

2.2. Conceptos y definiciones

2.2.1. Objetivos nutricionales

El individuo **come** alimentos y no nutrientes. Esta distinción define las diferencias entre los objetivos nutricionales y las guías dietéticas. Los objetivos nutricionales se refieren a la comunidad de referencia en su conjunto y las recomendaciones se expresan como cantidad de nutrientes. Se enumera con una estructura técnica y en términos cuantitativos. En la mayoría de los casos se expresan como un porcentaje de energía o utilizando el concepto de la densidad nutricional. Se pueden presentar en términos a corto, medio y largo plazo, lo cual depende del punto de partida, de los obstáculos para cumplir con las recomendaciones y de la importancia del cambio dietético preconizado para una determinada comunidad. La tabla 3 demuestra estas consideraciones en la formulación de los objetivos nutricionales españoles.

Tabla 3. Objetivos nutricionales para España

	Objetivos nutricio- nales intermedios ¹	Objetivos nutri- cionales finales ²
Lactancia materna	6 meses	≥ 1 año
Fibra dietética	>12 g/1000 kcal (> 22 g/día en mujeres y 30 g/día en hombres)	> 14 g/1000 kcal (> 25 g/día en mujeres y 35 g/ día en hombres)
Fibra soluble (% en el total)	25-30%	30-50%
Folatos	> 300 µg/día	> 400 µg/día
Calcio	≥800 mg/día	1000 mg/día
Sodio (sal común)	< 7g/día	< 6 g/día
Yodo	150 μg/día	150 μg/día
Flúor	1 mg/día	1 mg/día
Vitamina D	200 UI (5 μg>/día) > 50 años: 400 UI (10 μg/ día) 15-30 min/día de exposición lumínica	200 UI (5 μg/día) > 50 años: 400 UI (10μg/>día) 30 min/día de exposición lu- mínica
Actividad física	PAL > 1,60 (> 30 min/día)	PAL > 1,75 (45-60 min/día)
IMC (kg/m2)	21-25	21-23. Mayores de 65 años, 23-26
Grasas totales (% energía)	≤ 35 %	30-35 %

¹Se corresponden fundamentalmente con el percentil 75 o 25 según la circunstancia (favorable o desfavorable) de los estudios poblacionales de nutrición realizados en los últimos años en España, o bien cuando se trata de micronutrientes, en valores nutricionales de referencia. Deben ser evaluados a finales de 2015. ²Objetivos nutricionales finales, de acuerdo con la evidencia científica actual y basadosen los valores nutricionales de referencia. Han deser evaluados a finales de 2020. ³El consumo de vinos no debe generalizarse como estrategia de salud pública, pues parte de su efecto beneficioso puede obtenerse de la uva y de mostos, y porque el consumo de alcohol puede comprometer la salud en determinadas circunstancias (conducción, trabajo, embarazo, adicción...); sin embargo, se considera un consumo moderado de vinos y otras bebidas fermentadas, y por tanto permisible, aquel que no sobrepase los 250-400 cc/día en las comidas (considerar el intervalo inferior en las mujeres). Se han comunicado mayores efectos positivos cuando su consumo era junto a la comida. No sobrepasar 2 unidades de bebida estándar (UB) equivalentes a 20 g de etanol puro (1 en las mujeres). Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, SENC 2011.

Lectura recomendada

Artículo sobre el desarrollo de los objetivos nutricionales para la población española basado en el trabajo y las reuniones de consenso de la SENC celebradas entre 2009 y 2011.

Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (2011). «Objetivos nutricionales para la población española». 2011. Revista Española de Nutrición Comunitaria (vol. 17, núm. 4, págs. 178-199). http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia-documento/20.

Reflexión práctica

Cabe destacar la discrepancia en la recomendación de la SENC para el porcentaje de calorías procedentes de grasas totales, el cual es mayor que el porcentaje recomendado por la FAO/OMS (20-30 %) y en otros países. Dicha recomendación de la SENC se basa en el aporte medio de grasas en España, que se ha estimado en torno al 38,5 % del aporte energético y en un 11,7 % para las grasas saturadas, según el estudio poblacional de consumo ANIBES. Los objetivos intermedios son 35 y ≤ 10 %, respectivamente (objetivos finales: 30-35 % para grasas totales y 7-8 % para los ácidos grasos saturados), que corresponden al percentil 25. El aporte medio de ácidos grasos monoinsaturados está en torno al 16,8 %, y el de poliinsaturados en un 6,6 %. La SENC considera adecuado un aporte relativo de las grasas totales del 35 % que se conseguiría reduciendo el aporte de grasas saturadas del 11,7 al 7-8%, manteniendo un elevado porcentaje de grasas monoinsaturadas. Todo ello expone la relevancia de elaborar los obietivos nutricionales a partir del consumo actual de una determinada población, aparte de considerar la composición nutricional de los alimentos consumidos.

	Objetivos nutricio- nales intermedios ¹	Objetivos nutri- cionales finales ²
A. G. Saturados	≤10 %	7-8 %
A. G. Monoinsaturados	20 %	20 %
A. G. Poliinsaturados	4 %	5 %
n-6 n-3 ALA DHA AG Trans	2% de energía, linoleico 1-2% - 200 mg <1%	3% de energía, linoleico 1-2% 1-2% 300 mg <1%
Colesterol	< 350 mg/día <110 mg/1000 kcal	< 300 mg/día <100 mg/1000 kcal
Carbohidratos totales (%ener-gía)	> 50 % índice glucémico reducido	50 - 55 % índice glucémico reducido
Alimentos azucarados (frecuencia/día)	< 4 /día	≤ 3 /día < 6% energía
Frutas	> 300 g/día	> 400 g/día
Verduras y hortalizas	> 250 g/día	> 300 g/día
Bebidas fermentadas de baja graduación (vino, cerveza o si- dra) ³	< 2 vasos/día (mejor con las comidas)	< 2 vasos/día (con las comidas)

¹Se corresponden fundamentalmente con el percentil 75 o 25 según la circunstancia (favorable o desfavorable) de los estudios poblacionales de nutrición realizados en los últimos años en España, o bien cuando se trata de micronutrientes, en valores nutricionales de referencia. Deben ser evaluados a finales de 2015. ²Objetivos nutricionales finales, de acuerdo con la evidencia científica actual y basadosen los valores nutricionales de referencia. Han deser evaluados a finales de 2020. ³El consumo de vinos no debe generalizarse como estrategia de salud pública, pues parte de su efecto beneficioso puede obtenerse de la uva y de mostos, y porque el consumo de alcohol puede comprometer la salud en determinadas circunstancias (conducción, trabajo, embarazo, adicción...); sin embargo, se considera un consumo moderado de vinos y otras bebidas fermentadas, y por tanto permisible, aquel que no sobrepase los 250-400 cc/día en las comidas (considerar el intervalo inferior en las mujeres). Se han comunicado mayores efectos positivos cuando su consumo era junto a la comida. No sobrepasar 2 unidades de bebida estándar (UB) equivalentes a 20 g de etanol puro (1 en las mujeres). Fuente: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, SENC 2011.

2.2.2. Requerimientos nutricionales

A diferencia de los requerimientos nutricionales (véase Reto 1) que se elaboran mediante estudios metabólicos tipo dosis/respuesta o *refeeding* y se refieren a individuos sanos, fijando como recomendación el límite alto del intervalo, los objetivos nutricionales son provisionales y se basan en evidencias indirectas. El valor recomendado en los objetivos nutricionales refleja la ingesta media considerada compatible con el mantenimiento de la salud de la población, dentro de un rango de ingestas observadas. Aplicando este enfoque se intenta conseguir una baja prevalencia de enfermedades asociadas con la alimentación.

Las ingestas dietéticas recomendadas (IDR) se expresan en valores para cada grupo de edad y sexo e incluyen situaciones fisiológicas especiales como el embarazo y la lactancia. En cambio, los objetivos nutricionales son idénticos para toda la población. Hay determinados contextos en los cuales se aplican objetivos adaptados a grupos de alto riesgo.

2.3. Las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA)

Con la finalidad de cumplir los objetivos nutricionales planteados es necesario elaborar intervenciones de educación alimentario-nutricional que ayuden a la población a adecuar sus hábitos alimentarios. Para conseguir esto es necesario expresar los objetivos nutricionales en términos que puedan ser comprendidos por el público en general, evitando tecnicismos y ambigüedades. Las guías alimentarias basadas en alimentos⁷ son un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de alimentos a mensajes prácticos que facilitan la selección y consumo de alimentos saludables por parte de la población. Están basadas en los requerimientos y las recomendaciones de nutrientes y energía de la población, pero es imprescindible que reconozcan factores antropológico-culturales, educativos, sociales y económicos. Por lo tanto, responden a las prioridades de salud pública y nutrición del país, a patrones de producción y consumo de alimentos, a influencias socioculturales y a datos de composición de alimentos y accesibilidad, entre otros factores.

Las GABA son mensajes sencillos sobre cómo comer sano destinados al público general. Proporcionan pautas sobre lo que debe comer un individuo en términos de alimentos más que de nutrientes y brindan un marco básico que se puede aplicar en la planificación de comidas. Sus características según la OMS incluyen:

- 1) se expresa en términos de alimentos y no de nutrientes;
- 2) están dirigidas a miembros individuales del público general, y
- 3) si bien no se expresan totalmente como alimentos, están redactadas en un lenguaje que evita, en la medida de lo posible, los términos técnicos de la ciencia de la nutrición.

Las GABA deben transmitir recomendaciones sencillas basadas en alimentos, adecuados para el público diana y fáciles de seguir. Pueden ser amplios y poco concretos, como «comer una variedad de alimentos» o «hay que comer frutas y verduras», o más concretos, como «hay que comer cinco raciones de fruta y de verdura todos los días». También pueden indicar el tipo de alimento, como «hay que consumir pescado como mínimo 3 veces a la semana», o referirse a comidas concretas, como «hay que desayunar todos los días».

Las GABA evitan la utilización de cifras relativas al consumo recomendado de nutrientes, como las ingestas diarias recomendadas (IDR), o los objetivos nutricionales para la población, y ofrecen en cambio una manera práctica al traducirlos en consejos alimentarios para los individuos de un grupo de población. Las recomendaciones se expresan de manera cualitativa como alimentos, raciones o prácticas (actividad física, lactancia materna) más positivas para la salud. Por consiguiente, si el objetivo nutricional para la grasa saturada está

(7)GABA; FBDG en inglés.

por debajo del 10 % de la energía total y el consumo actual es mayor, entre las recomendaciones se incluirán las dirigidas a reducir la ingesta de grasas saturadas, como «consuma productos lácteos semi o desnatados».

La tabla 4 destaca las diferencias entre los requerimientos nutricionales (o ingestas recomendadas), los objetivos nutricionales y las guías alimentarias.

Tabla 4. Comparación de bases y objetivos de los requerimientos nutricionales, los objetivos nutricionales y las guías alimentarias

	Requerimien- tos nutricionales	Objetivos nutricionales	Guías alimentarias
Finali- dad	Proporcionar cantidades suficientes necesarias de nutrientes	Disminución del riesgo de enfermedades crónicas o carenciales	Disminución del riesgo de enfermedades crónicas o carenciales
Punto de par- tida	Parten de ingesta cero	Parte de la ingesta actual estimada de la población	Parten de los hábitos de consumo
Formu- lación	Cantidad de nutriente/día	Porcentaje de energía op- tima, grupos de alimen- tos, hábitos	En términos de alimentos, fácil comprensión, expresión gráfica
Signifi- cado	Necesidad actual diaria	Objetivos que se han de conseguir a corto, medio o largo plazo	Orientaciones sobre frecuencia de consumo por grupos de alimentos para conseguir una dieta de acuerdo a los objetivos nutricionales
Base	Se establecen científica- mente; Personas sanas (li- mite alto)	Provisionales, basados en evidencia indirecta. Se centran en el punto medio del rango de ingestas	Evidencia científica y hábitos de consumo de la población, contexto socioeconómico y cultural
Expre- sión	Por grupos de edad, sexo, situación fisiológica	Idénticas para toda la po- blación	Esquema genérico que pue- de modificarse para cada grupo de población: niños, ancianos, grupos étnicos, etc.

Fuente: 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. La evolución de las GABA

Desde la Segunda Guerra Mundial, se han elaborado guías de recomendaciones basadas en la composición de los alimentos para prevenir enfermedades carenciales y garantizar la ingesta adecuada de macro y micronutrientes, utilizando frecuentemente un sistema de agrupación de alimentos. Esto consistía en reunir los alimentos con características similares en el mismo grupo y recomendar a la población que tomara alimentos de cada grupo todos los días. En la tabla 5, «Evolución de las guías dietéticas de EE. UU.», se ve un ejemplo de la evolución de las guías en Estados Unidos. Cabe destacar que la primera guía fue una iniciativa del Departamento de Agricultura, que se plasmó en una «Guía de las compras» para fomentar la compra de alimentos que aportaran los nutrientes adecuados. En los años treinta, durante la época de la Gran Depresión, la cuarta edición de la guía se centró en minimizar los costes de la compra sin comprometer el equilibrio nutricional, y por tanto destacaron las

fuentes proteicas más económicas (legumbres y huevos); es interesante notar que fue una economista (H. K. Stiebeling) y no una nutricionista quien elaboró esta edición.

Tabla 5. Evolución de las guías dietéticas de los EE.UU. (Todas las recomendaciones de las guías alimentarias corresponden a raciones diarias, excepto allí donde se indique lo contrario)

Guía	N.º de grupos de alimentos	Proteínas (leche y carne)	Cereales	Verduras, frutas	Otros (grasa, azúcar)
1916 Caroline Hunt Guía de compras	5	Carne y alternativas Leche + 2-3 raciones de otras (100 g) Carne: 10 % Leche: 10 %	Pan y feculentos: 9 30g 20%	Verduras y frutas: 5 160g (1 taza) 30%	Grasa: 9 13,6 g 20 % Azúcar: 10, 12 g 10 %
1930's H.K.Stiebeling Guía de compras	12	Leche: 2 Carne Magra, Aves, Pescado: 9-10/sem. Legumbres / Fru- tos secos: 1/sem. Huevos: 1	Cereales y Feculentos Libre	Verduras y frutas ¹ Verduras de ho- ja verde, de color amarillo, naranja: 11-12/sem. Patata, boniato: 1 Otros: 3 Cítricos y tomate: 1	Mantequilla: Otras grasas: Azúcar:
1956-70's Los 4 básicos ²	4	Lácteos: 2 o más Carne: 2 o más (60-100 g)	Pan y cereales 4 o más, 30 g pan, 100 g pasta/arroz cocido	Verduras y frutas 4 o más Fuentes de vitamina C: diaria Verduras de hoja verde y/o de color amarillo: frecuente- mente, ½ taza o 1 pieza mediana	

¹ En 1933, durante la Gran Depresión, Hazel K. Stiebeling, economista del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, desarrolló una guía de compra de alimentos que incluía cuatro niveles de coste con el objeto de ayudar a las personas en sus compras. La guía proporcionaba una lista de la compra semanal que clasificaba los alimentos en doce grupos diferentes indispensables para satisfacer las necesidades nutricionales. Hacía hincapié en las frutas y verduras ricas en vitaminas A y C.² Esta guía describía una dieta "básica" que pudiera proporcionar la mayor parte de las ingestas recomendadas para los nutrientes; sin embargo, no cubría todos los requerimientos para las calorías. Esto se debía a que asumía que las personas incluirían por su lado una mayor cantidad de alimentos que los recomendados por la guía. La guía proporcionaba poca orientación sobre el uso y consumo de grasas y azúcares. Fuente: *USDA Agriculture Information Bulletin*, núm. 750, 1999.

Posteriormente, durante la década de los setenta, los nutricionistas empezaron a preocuparse por el consumo excesivo de grasas, especialmente las saturadas, y de azúcares, así como por la falta de fibra en la dieta. Las enfermedades más prioritarias ya habían pasado de ser las patologías carenciales a ser las que tenían un carácter crónico y no transmisible. En Europa, los principales problemas de salud pública son enfermedades relacionadas con la dieta y el estilo de vida como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Estas enfermedades pueden resultar, en parte, de un consumo excesivo de nutrientes calóricos y un déficit de determinados micronutrientes. Como consecuencia, las recomendaciones en los países desarrollados tendían a basarse más en los nutrientes, con mayor énfasis en los macronutrientes, en ciertos micronutrientes, o en los componentes protectores para la salud (antioxidantes, fibra, etc.).

2.5. Las GABA -herramientas claves para políticas y accionas educativas

Las GABA también tratan temas de salud pública y de políticas alimentarias nutricionales, como la seguridad alimentaria, analizando aquellas prácticas que pueden incidir en intoxicaciones alimentarias. Por ejemplo, se hace un mayor hincapié en los mensajes para la preparación y la conservación de alimentos en lugares donde hay menor acceso a condiciones higiénicas o carecen de agua potable o electricidad, entre otros. Con todo lo expuesto anteriormente, se puede considerar que las GABA constituyen recomendaciones de políticas basadas en la evidencia científica a modo de pautas para una alimentación saludable. Son una herramienta de gran interés en el campo de la nutrición comunitaria y salud pública, con el fin de acercar a la población en general, o a grupos de población, los mensajes y las recomendaciones alimentarias que se derivan de los datos técnicos procedentes de los objetivos nutricionales. Frecuentemente las GABA se expresan a través de un icono representativo – círculo, pirámide, plato, peonza, olla, etc.– que procura resumir y plasmar de manera clara, fácil y didáctica el perfil alimentario recomendado.

La conferencia internacional sobre nutrición celebrada en Roma en 1992 dio lugar a la adhesión a un plan de acción que establecía la divulgación de la información nutricional mediante métodos basados en la alimentación sostenible, que animasen a la diversificación de la dieta mediante la producción y consumo de alimentos ricos en micronutrientes, incluidos los alimentos tradicionales adecuados. En este contexto, la FAO y la OMS publicaron en 1998 las directrices para la elaboración de las GABA. Estas directrices siguen siendo actualmente la principal publicación de referencia sobre el tema y parten de las siguientes **premisas**:

- 1) Los problemas de salud pública deben determinar la orientación de las GA-BA.
- 2) Las GABA se elaboran para un contexto sociocultural y deben reflejar los principales factores sociales, económicos, agrícolas y ambientales que afectan a la disponibilidad de alimentos y al patrón de consumo alimentario.
- 3) Las GABA tienen que reflejar patrones de consumo más que objetivos numéricos.
- 4) Deben ser positivas y estimular la aceptación placentera de ingestas dietéticas adecuadas.
- 5) Una gran diversidad de patrones de consumo alimentario pueden ser concordantes con los objetivos de salud.

Más adelante, en su publicación «Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud», la OMS indica que las guías alimentarias deben orientar las políticas nacionales en materia de alimentación, educación nutricional y otras intervenciones de salud pública, así como propiciar la colaboración intersectorial.

Actualmente, más de cien países de todo el mundo han elaborado o están elaborando guías alimentarias basadas en alimentos. En el siguiente enlace se puede consultar y profundizar más en las GABA y los objetivos nutricionales por países, basado en la compilación realizada por la FAO.

2.6. La elaboración de las GABA

Con el objetivo de conocer qué alimentos y grupos de alimentos deben incluirse en las GABA, es necesario evaluar el estado nutricional de la población a la que se destinan. En algunos casos, esto puede ser difícil de lograr, por lo que se establecen GABA provisionales basadas en objetivos nutricionales o GABA de otros países. Sin embargo, como previamente se ha señalado, esta práctica no es aconsejable, ya que los objetivos nutricionales se desarrollan a partir de la ingesta actual estimada de la población diana. Los patrones de consumo pueden variar de manera importante entre un país y otro. Por lo tanto, la evaluación del consumo alimentario y del estado nutricional de la población diana es la mejor manera de asegurarse de que las GABA tengan en cuenta las carencias nutricionales y los problemas de salud pública existentes en un determinado país.

Elaboración de las guías alimentarias

En la elaboración de las guías alimentarias es necesario contar con información sobre: a) salud, alimentación y nutrición; b) estado nutricional de la población; c) perfil epidemiológico; d) disponibilidad, coste, acceso y consumo de alimentos; e) hábitos y patrones alimentarios de la población.

Además, hay que contar con evidencias científicas proporcionadas por fuentes nacionales o internacionales. A estos criterios se incorporan elementos de la antropología social que permiten adaptar las guías alimentarias a la realidad social, cultural y económica del grupo objetivo.

Fuente: Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor, FAO. El estado de las guías alimentarias basadas en alimentos en América latina y el Caribe. Roma, FAO, 2014.

Hacia la sostenibilidad de patrones alimentarios

Debido a los desafíos del crecimiento demográfico de la población, el suministro de alimentos y el cambio climático, las pautas dietéticas y las GA-BA se refieren cada vez más a la necesidad de abordar los múltiples desafíos sociales, de salud v ambientales causados por los sistemas alimentarios y que afectan a estos. Se argumenta que las poblaciones globales deben avanzar hacia patrones dietéticos que sean saludables y respetuosos con los límites del medioambiente.

Enlace recomendado

Este articulo analiza los países cuyas GABA contemplan el impacto en el medio ambiente y la sostenibilidad de los patrones alimentarios que se promueven.

¿Qué países del mundo incluyen criterios de sostenibilidad en las pautas dietéticas? https://gastronomiaycia.republica.com/2016/05/25/que-paisesdel-mundo- incluyen-criterios-de-sostenibilidad- en-laspautas-dieteticas/.

2.7. Modelos y metodologías propuestos

En la publicación conjunta de la FAO y la OMS «Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines», la formación de un «grupo de trabajo o comité, compuesto por representantes de los sectores de la agricultura, la salud, la bromatología, la ciencia nutricional, los consumidores, la industria alimentaria, la comunicación y la antropología» consiste en el primer paso para la elaboración de las GABA. Este enfoque se destaca tanto en el informe FAO/OMS como en la opinión científica de la EFSA de 2008, mostrando la importancia de involucrar en el proceso a representantes de diversas disciplinas. Así, se garantiza que se tengan en cuenta todos los aspectos importantes para los diferentes grupos implicados (*stakeholders*). Esto aumenta la probabilidad de éxito de las GABA de combatir los problemas de salud de cada país, a la vez que contribuye a una mayor concienciación y aceptación de estas guías por parte de los grupos que puedan estar implicados en la divulgación, comunicación y uso de las GABA.

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA en inglés) celebró en 2006 una reunión de expertos sobre GABA en Parma, Italia, como preludio a su encargo de asesorar en la conversión de los objetivos nutricionales en recomendaciones basadas en los alimentos para una dieta saludable dentro de la Comunidad Europea. Con anterioridad a este coloquio científico, el grupo de expertos en Productos Dietéticos, Nutrición y Alergias de EFSA revisó la bibliografía sobre los principios de desarrollo de las GABA, identificó la evidencia científica necesaria para establecer las GABA en los países europeos y resumió los pasos para su implementación, seguimiento y evaluación. En la opinión científica de la EFSA se establecieron siete pasos para el desarrollo de las GABA.

- 1) Identificación de las relaciones dieta-salud
- 2) Identificación de los problemas concretos de cada país en relación con la dieta
- 3) Identificación de los nutrientes importantes para la salud pública
- 4) Identificación de los alimentos importantes para las GABA
- 5) Identificación de los patrones de consumo de alimentos
- 6) Prueba y optimización de las GABA
- 7) Representación gráfica de las GABA

La elaboración técnica de los puntos 4 y 5 implica decisiones sobre los criterios de inclusión para aquellos alimentos en que se basarán los cálculos del perfil nutricional medio para cada grupo de alimentos; por ejemplo, las ostras aportan un alto contenido en zinc. Su inclusión en el grupo proteico para

Lectura recomendada

Este artículo expone con detalle las etapas del modelo de elaboración de guías alimentarias basadas en alimentos propuesto por el INCAP (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá), respaldado por la OPS (Organización Panamericana de Salud) y utilizado como referencia para elaborar las GABA en esta 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 mayo de 2007. Anales Venezolanos de Nutrición 2008 (vol. 21, núm. 1, págs. 31-41) https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2008/1/art-6/.

Lectura recomendada

Esta publicación resume las recomendaciones realizadas por EFSA para orientar a países miembros sobre la metodología de elaborar e implementar las guías alimentarias basadas en alimentos.

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

una población con un consumo escaso de este alimento conducirá a que un nivel medio de cinc para este grupo sea alto, lo cual no refleja la realidad, ya que la ingesta actual es baja. Por otro lado, se suelen tener en cuenta factores históricos en la agrupación de alimentos. El tomate, aunque técnicamente es un fruto, siempre se ha clasificado en el grupo de verduras y hortalizas, mientras que el cacahuete se considera fruto seco a pesar de tener una clasificación científica de legumbre.

Asimismo, es importante tener en consideración la necesidad de actualizar de manera periódica las GABA y de evaluar su eficacia, de modo que se reserven recursos suficientes desde el principio. Las actualizaciones son esenciales para adaptar las guías a la evolución de la evidencia científica sobre las asociaciones entre alimentos, nutrición y salud, así como a los cambiantes estilos de vida y hábitos alimentarios (incluso la frecuencia del uso de suplementos dietéticos, alimentos funcionales, etc.).

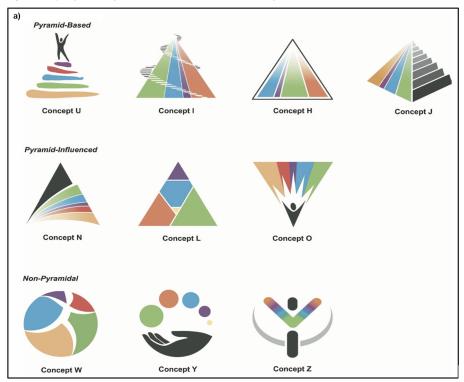
La evaluación de las guías se puede realizar a varios niveles. Por ejemplo, la evaluación del impacto de la representación gráfica y/o de los mensajes sobre el comportamiento de la población es necesaria para mejorar la estrategia comunicativa. En el informe consultivo FAO/OMS, se analiza la evaluación del proceso y de los resultados. El objetivo de la evaluación de los resultados es medir los resultados o el impacto de las GABA (conocimiento, actitud, comportamientos, práctica, etc.). Esto se lleva a cabo principalmente con encuestas. Por otra parte, la evaluación del proceso supone evaluar cómo se divulga o se lleva a la práctica un mensaje. La pregunta más importante que hay que hacerse al realizar una evaluación de este tipo es si la campaña de comunicación se ha llevado a la práctica conforme a lo previsto. La evaluación del proceso permite situar los resultados en su contexto. Por lo tanto, si la evaluación de los resultados resulta desalentadora, la evaluación del proceso debería proporcionar información sobre cómo mejorar la transmisión del mensaje en el futuro.

Tabla 6. Ejemplos de indicadores propuestos para la evaluación de las guías alimentarias basadas en alimentos

Indicadores a corto plazo Indicadores a medio plazo Indicadores a largo plazo La estimación del grado de La manera en que las guías El uso de las guías alimenalimentarias son entenditarias como marco de refeadhesión de la población a das por la población, por rencia para el diseño o imlas guías alimentarias a tralos profesionales sanitarios, plementación de políticas vés del índice de calidad de por los tomadores de decigubernamentales, de prola dieta, adaptado a cada siones y por la industria de gramas alimentarios, de la país. alimentos. producción y comercialización de alimentos, de edu-La estimación de las ingescación y promoción de la La aplicabilidad y el gratas dietéticas y del camsalud. do de cumplimiento de bio de hábitos alimentario las recomendaciones de las de la población, a través El aumento de la disponiguías alimentarias. de encuestas de consumo bilidad y accesibilidad de de alimentos y de datos de los alimentos que las guías gasto de alimentos. El poder de penetración de alimentarias recomiendan las guías alimentarias. consumir más. Los cambios en los indicadores epidemiológicos, uti-Las barreras para el cumpli-Los cambios en el ámbito lizando datos de obesidad miento de las guías alimensocial que faciliten el cumy ECNT en la población. tarias. plimiento de las guías alimentarias; por ejemplo, el uso de las quías alimentarias para normar los productos que puede ofrecer el quiosco o la tienda esco-

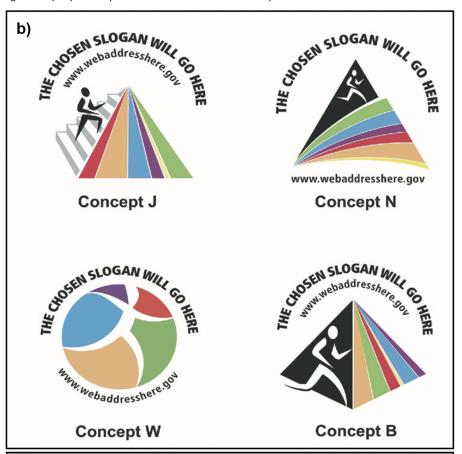
ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles. Fuente: Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor, FAO. El estado de las guías alimentarias basadas en alimentos en América latina y el Caribe. Roma, FAO 2014.

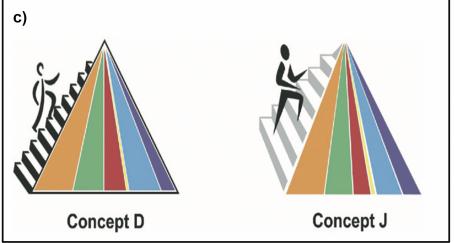
Figura 3. Ejemplos del proceso de elaboración del icono para la GABA de EE. UU.



a) Evaluación cualitativa. Fase 1. Grupos focales (n = 10 grupos en total en 2 ciudades grandes).

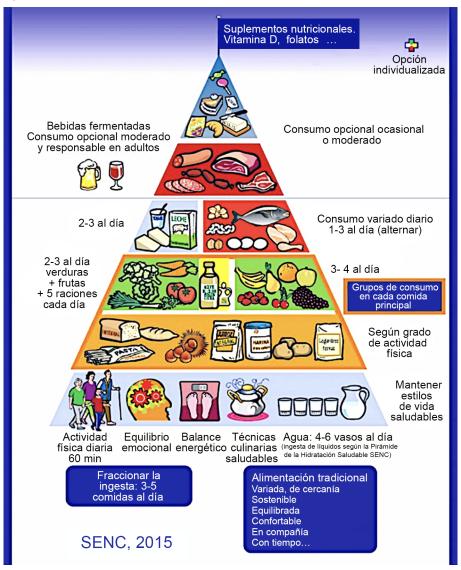
Figura 4. Ejemplos del proceso de elaboración del icono para la GABA de EE.UU.





b) y c) Evaluación cuantitativa. Fase 2. Web TV (n = 400). En esta fase cuantitativa, también se incluyeron 3 grupos focales agrupados por sexo, edad, raza y nivel económico. Guiada por los criterios de comunicar «proporcionalidad» y «moderación», la pirámide fue el gráfico que mejor obtuvo los resultados estadísticamente significativos por su capacidad de comunicar estos conceptos. Como resultado de esta fase, el Concepto J fue el icono seleccionado para representar los conceptos de la guía. Fuente: J. Haven y otros (2006). *Journal of Nutrition Education* and *Behavior*. 38(6 Supl):S124-35.

Figura 5. Pirámide de la alimentación saludable



Guía alimentaria para la población española

La Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) elaboró una guía alimentaria para la población española en el año 1994, que fue renovada en 2001. La edición actualizada en el año 2016 está basada en la meior evidencia científica disponible hasta ahora sobre el binomio dieta-salud y tiene en cuenta no solo la ingesta nutricional y el consumo alimentario de la población española, sino también los hábitos de preparación y de consumo de los alimentos, los factores determinantes y el impacto general de la dieta en la sostenibilidad medioambiental.

Esta publicación presenta la metodología, los conceptos y las bases para la elaboración de las GABA españolas.

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

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

Tabla 7. Resumen de quías alimentarias SENC-diciembre 2016

Consideraciones que sustentan, favorecen y/o complementan una alimentación saludable			
Actividad física en población general	60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, o su equivalente de 10.000 pasos al día, quizá con algunos pasos o periodos puntuales de mayor intensidad.		
Promoción del equilibrio emocional	El equilibrio emocional puede ser un factor determinante conti- nuado o episódico en las pulsiones alimentarias, los procesos de compra y la preparación e ingesta de alimentos a nivel individual o familiar. Hay que cuidar este aspecto.		
Balance energético	Adaptar la ingesta alimentaria cualitativa y cuantitativa al grado de actividad física en el marco de las recomendaciones para una alimentación equilibrada y saludable.		
Técnicas culinarias y utensilios de cocina	En la cocina hay que priorizar la utilización de envases de cristal y recipientes de acero inoxidable. Las técnicas culinarias más recomendables son las preparaciones al vapor, cocidas y al horno. Para crudo y frituras, se recomienda utilizar aceite de oliva virgen extra.		

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

© FUOC • PID_00265801 29 Nutrición comunitaria

Consideraciones que sustentan, favorecen y,	o complementan una alimentación saludable
Ingesta adecuada de agua	Hay que incorporar la ingesta de agua y otros líquidos o alimentos con gran contenido en agua hasta alcanzar en torno a los 2,5 litros/día.
Alimentos y grupos de alimentos que se recomienda consumir	a diario, en cantidades y proporciones variables
Alimentos ricos en hidratos de carbono complejos: cereales, patatas, leguminosas tiernas y otros	Priorizar los cereales y derivados integrales o elaborados con harinas de grano entero. Otros alimentos con alto contenido en hidratos de carbono se pueden asociar a fórmulas culinarias con la presencia de verduras u hortalizas de temporada, incluidas las leguminosas tiernas.
Frutas	Incluir 3 o más raciones o piezas de fruta variada al día, en un adecuado estado de maduración, con lavado previo, y también pelado si no se trata de productos de cultivo orgánico.
Verduras y hortalizas	Incorporar al menos 2 raciones de verduras y hortalizas cada día. Una de las raciones debe ser en formato crudo con variedades de distinto color. Lavar con agua fría.
Aceite de oliva virgen extra	El aceite de oliva virgen de calidad es la mejor referencia grasa para el acompañamiento de muchos alimentos, tanto para preparaciones o procesos culinarios como para su consumo en crudo.
Carnes blancas	Las carnes blancas de buena calidad son una buena opción como fuente de proteínas y otros nutrientes de interés, priorizando las preparaciones con poca materia grasa añadida y un acompañamiento habitual mediante verduras o ensalada.
Pescados y mariscos	Priorizar las capturas sostenibles de temporada utilizando los tamaños, las cantidades y las preparaciones culinarias que aseguren la inocuidad del producto. La recomendación se sitúa en el consumo de pescado al menos 2 o 3 veces a la semana.
Legumbres	Se recomienda el consumo de 2, 3 o más raciones a la semana con las técnicas culinarias que mejoren su digestibilidad y valor nutricional.
Frutos secos y semillas	Priorizar el consumo de variedades locales en formato natural, o poco manipuladas sin sal o azúcares añadidos.
Huevos	Se recomienda una frecuencia de consumo y formato culinario de carácter individualizado, priorizando las variedades ecológicas o las camperas.
Leche y productos lácteos	Consumo de lácteos de buena calidad: 2-3 raciones al día priorizando las preparaciones bajas en grasa y sin azúcares añadidos.
Alimentos y bebidas para los que se recomienda un consumo o	pcional, más ocasional y moderado
Carnes rojas y procesadas	El consumo de carnes rojas y de carnes procesadas en todos sus formatos debería moderarse en el marco de una alimentación saludable, eligiendo productos de excelente calidad, procedimientos culinarios sin contacto directo con el fuego y siempre el acompañamiento de una guarnición de hortalizas frescas.
Grasas untables	Las grasas untables de todo tipo deberían ser de consumo ocasional, con preferencia por la mantequilla sin sal añadida.
Azúcar y productos azucarados	Moderar el consumo de azúcar y de productos azucarados para no sobrepasar el aporte del 10 % de la ingesta energética diaria.
	Las grasas untables de todo tipo deberían ser de consumo ocanal, con preferencia por la mantequilla sin sal añadida. Moderar el consumo de azúcar y de productos azucarados pa sobrepasar el aporte del 10 % de la ingesta energética diaria.

Consideraciones que sustentan, favorecen y/o complementan una alimentación saludable

- Apoyo decidido a la alimentación sostenible
- Priorizar productos de temporada, de cercanía
- Fomentar la convivialidad y la educación alimentaria
- Dedicar, de manera colaborativa, tiempo a todo el proceso alimentario, incluidas la compra y las tareas de cocina
- Incluir recomendaciones y consejos dietéticos que sugieran una alimentación confortable y asumible
- Valorar el etiquetado nutricional en las decisiones de compra y consumo
- Vigilar las buenas prácticas de higiene y seguridad alimentaria
- Tener un compromiso personal y social con la solidaridad alimentaria
- Realizar una compra responsable en calidad y cantidad
- Reducir desperdicios: reducir, reutilizar con seguridad y reciclar

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

Alimentos y bebidas para los que se recomienda un consumo opcional, más ocasional y moderado			
Sal y snacks salados	Moderar la ingesta de sal y, de manera especial, los productos con elevado aporte de sal estructural o añadida para no superar la cantidad de 6 g de sal (cloruro sódico) total al día.		
Bollería, pastelería, productos azucarados, chucherías y helados	Consumo opcional, moderado y ocasional de este grupo de alimentos y confitería, priorizando el consumo de repostería elaborada en casa con métodos e ingredientes tradicionales.		
Bebidas alcohólicas fermentadas	Moderar o evitar el consumo de bebidas alcohólicas. Puede asumirse el consumo moderado y responsable de bebidas fermentadas de baja graduación y buena calidad en cantidades que no superen las dos copas de vino/día en hombres y una copa/día en mujeres, siempre en referencia a la edad adulta y sin contraindicación médica.		
Suplementos dietéticos o farmacológicos. Nutracéuticos y alimentos funcionales	En ocasiones en las que existen necesidades especiales, puede ser de utilidad el consumo habitual o temporal añadido de suplementos o alimentos específicos. La recomendación se concreta en establecer pautas individualizadas que sean el resultado del consejo dietético planteado por un médico, farmacéutico, personal de enfermería, matrona, fisioterapeuta o dietista-nutricionista.		

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

3. Planificación y programación en nutrición comunitaria

3.1. Introducción

Se define un programa de nutrición comunitaria como el conjunto de actividades que se pretenden realizar con la finalidad de obtener un resultado determinado sobre una población definida.

Sin embargo, cabe destacar la diferencia entre la planificación de los programas de nutrición comunitaria y la organización de servicios alimentario-nutricionales, cuyos objetivos son satisfacer determinadas necesidades en el suministro alimentario o nutricional de una población. Por lo tanto, un ejemplo de una intervención en nutrición comunitaria sería la puesta en marcha de un **programa de educación nutricional** en el conjunto de escuelas públicas en una determinada zona geográfica, mientras que un ejemplo de **organización de servicios** sería un programa de nutrición parenteral domiciliaria, o un análisis del coste-beneficio comparado con el mismo servicio a escala hospitalaria.

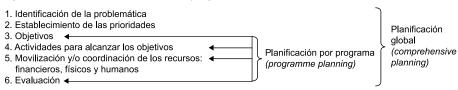
A pesar de que ambos tipos de programas tienen muchas cosas en común, en este apartado se refiere a la planificación de programas de nutrición comunitaria que, por naturaleza, debe ocurrir a niveles múltiples e incluir a las partes interesadas clave, en particular a la comunidad diana. Se revisan los conceptos de planificación de estos programas, como elementos o acciones operativas de una política alimentario-nutricional, considerada esta como planificación estratégica o global.

3.2. Planificación de un programa de nutrición comunitaria

El proceso de planificación permite diseñar, poner en marcha y evaluar distintos elementos de la intervención. Requiere un conocimiento profundo de la realidad que se pretende modificar, así como un conocimiento exhaustivo sobre las bases científicas teóricas del programa. Definen dos niveles de planificación: la de conjunto o global (comprehensive planning) y la planificación por programas. La primera se refiere a situaciones en las que el planificador debe conocer la magnitud y la prioridad de los problemas nutricionales de una población. La planificación global establecerá qué programas deben realizar y, por lo general, esto es competencia de las administraciones sanitaria o agrícola; se relaciona con la política alimentario-nutricional. En cambio, la planificación por programa se puede realizar dentro de un contexto geográfico más restringido, y aunque la planificación se lleva a cabo en servicios centrales, su

puesta en marcha y adecuación suelen ser competencia de unidades o servicios de sistemas más pequeños. En la siguiente figura se describen las etapas en la elaboración de un programa de salud.

Figura 6. Pasos en la elaboración de un programa de salud



Fuente: 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 proceso P (Proceso de planificación de un proyecto de salud)

Este enfoque, basado en una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento, tiene la finalidad de promover, consolidar e incorporar en las familias y en las comunidades la mejora de las prácticas para el cuidado y la protección de la salud mediante la educación, la información y la comunicación (IEC) entre iguales. El objetivo principal es detectar en una determinada comunidad los conocimientos, las actitudes y los comportamientos que deberían cambiar para convertirse en hábitos de vida saludables. Varias teorías y modelos de cambio de comportamiento postulan que la adopción de hábitos saludables es un proceso mediante el cual los individuos avanzan hacia la consecución de un nuevo comportamiento en su vida cotidiana. Este proceso se desarrolla en varias etapas, que, según la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento liderado por la Universidad Johns Hopkins, son las siguientes:

3.3.1. Análisis

Esta fase consiste en la identificación y comprensión del problema de salud, los colectivos más afectados por este, las normas culturales que subyacen tras el comportamiento de salud, las políticas y programas existentes, las organizaciones activas y los espacios y vías de comunicación disponibles. El análisis y la evaluación de las necesidades de salud comunitaria son un proceso que:

- Describe el estado de salud y nutricional de la población diana (información estadística, puntos de vista propios de la población sobre su salud, conocimiento del personal sanitario...).
- Permite identificar los factores de riesgo más importantes y las causas de las enfermedades. Estos pueden incluir factores del entorno físico (polución, vivienda, transporte, crimen...), el contexto social (redes sociales, migraciones, grupos marginales, religión...), la pobreza (empleo, ingresos, ayudas...), el comportamiento (revisiones médicas, tabaco, alimentación, actividad física, alcohol...), el estilo de vida, (compra de productos/suplementos nutricionales, otros patrones...), los aspectos biológicos, genéticos, etc.

Proporciona la identificación de las acciones necesarias para solucionarlos.
 La evidencia demuestra que es imprescindible promover la implicación de la comunidad y las partes interesadas (stakeholders). Se incorporan los principios de desarrollo comunitario, en los cuales se afrontan problemas comunitarios mediante la energía y el liderazgo de las personas que viven en un determinado entorno.

La nutrición comunitaria no solo debe considerar la evidencia y las necesidades objetivables de la población, sino también sus valores. Por este motivo, se utiliza un concepto holístico de salud, destacando los factores sociales, económicos y culturales y los comportamientos individuales. Precisamente, la búsqueda de datos en esta etapa inicial debería contar con evidencia cuantitativa (por ejemplo, estudios científicos publicados, estudios de mercado, registros de mortalidad...), así como con datos cualitativos (derivados de grupos focales, entrevistas con personas claves, etc.). Para realizar el análisis habría que contar con información referente a:

- 1) La caracterización de la población (geografía, número de habitantes, distribución por edades y por género, procedencia, grupos étnicos, religión, etc.).
- 2) El análisis social y de comportamiento (el nivel de conocimientos, las actitudes, las habilidades y los comportamientos; redes sociales; normas socioculturales existentes).
- 3) Los canales de comunicación existentes (utilización de medios de comunicación y redes sociales; preferencias de uso entre los grupos sociales/servicios, como asociaciones, iglesia, etc.; canales interpersonales).
- 4) El análisis de los grupos sociales y de la capacidad de comunicación (identificación de actores sociales, individuos e instituciones cuya participación sea clave para el éxito del programa).

Cabe destacar que en la identificación de la población diana se deberían definir dos grupos objetivos:

- 1) el grupo prioritario o la población primaria (las personas en las que el programa tendrá un impacto directo sobre la salud), y
- 2) el grupo de influencia o la población secundaria (las personas que pueden influir o apoyar la conducta del grupo priorizado).

Por ejemplo, en una intervención materno-infantil dirigida a mejorar la alimentación complementaria de una comunidad, la población primaria serían los bebés, al ser quienes se beneficiarán de las acciones, al ser alimentados de manera adecuada y optimizar, así, su estado nutricional y de salud. La(s) población(es) secundaria(s) podría(n) incluir a las madres de los niños, así como a los profesionales de salud, ya que son colectivos que inciden directamente en la alimentación y los cuidados de la población primaria (los bebés).

3.3.2. Priorización de los problemas de salud identificados

Una correcta priorización determina la situación que debe ser abordada en primer lugar, con una posibilidad de mejora más relevante o un impacto en la calidad más positivo. Sin embargo, los límites de recursos o de la organización que lleva a cabo la intervención puede influir en la decisión de cuáles de las acciones se realizará. Así pues, priorizar es ordenar de acuerdo con los valores determinados por el grupo de individuos que está realizando el análisis. No siempre aquello que se debería realizar primero coincide con lo que se cree más importante, sino que tiene que ver más con la posibilidad de abordarlo.

Existen varias técnicas y modelos de priorización. Algunos de ellos aplican valoraciones cuantitativas y otros se basan en juicios cualitativos. Generalmente, los criterios para el establecimiento de las prioridades de un programa de nutrición comunitaria tienen en cuenta los siguientes puntos:

- La importancia de la magnitud y la severidad de la enfermedad o problema de nutrición. Por ello se utilizan índices tales como «años potenciales de vida perdidos» o «esperanza de vida en buena salud», entre otros.
- La sensibilidad de la enfermedad a un programa de nutrición comunitaria/eficacia de la intervención. Consiste en el potencial preventivo respecto a una enfermedad, el riesgo atribuible poblacional a un determinado factor de riesgo y la susceptibilidad de la enfermedad o factor de riesgo nutricional en determinadas acciones comunitarias.
- La factibilidad organizacional, institucional, cultural y política del programa para solucionar el problema nutricional.
- Para conseguir mejoras en los hábitos alimentarios de la población que sean exitosas y sostenibles, se requerirá una estrecha colaboración entre las múltiples partes interesadas, incluidos profesionales académicos, profesionales sanitarios, sistemas de salud, empresas aseguradoras de salud, organizaciones comunitarias, escuelas, lugares de trabajo, grupos defensores, responsables políticos, agricultores, minoristas, restaurantes y la industria alimentaria.
- Otro aspecto clave en la promoción de la salud es el empoderamiento para la salud, el proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Se distingue entre el empoderamiento para la salud a nivel del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere primariamente a la capacidad del individuo de tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud comunitaria supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de alcanzar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad.

DAFO - análisis de los problemas priorizados

El paso siguiente tras haber definido la problemática y las prioridades consiste en identificar las causas que producen el problema y medir la influencia de cada una de ellas para tratar las más influyentes. Existen varias técnicas que se aplican para realizar una

evaluación detallada de las causas o motivos de un problema de salud/nutricional, entre los que destacamos el análisis DAFO. La técnica DAFO consiste en elaborar un cuadro resumen que nos permita definir y contextualizar el problema en el ámbito de estudio a partir de cuatro marcos de análisis:

Debilidad. Posición desfavorable de carácter interno. Son debilidades las necesidades actuales que implican aspectos negativos que deberían modificarse.

Amenaza. Situación desfavorable existente en el entorno. Son amenazas todo aquello que supone riesgos potenciales y que debería prevenirse.

Fortaleza. Posición favorable de carácter interno. Son aquellos aspectos positivos que deben mantenerse o reforzarse (capacidades y recursos de todo tipo disponibles).

Oportunidad. Situación favorable propiciada por el entorno. Son todas las capacidades y recursos potenciales que se deberían aprovechar.

3.3.3. Elaboración de los objetivos

Esta fase consiste en establecer los objetivos o comportamientos deseados. Se distinguen dos tipos: los objetivos de programa (resultado especifico marcado por la intervención) y los objetivos de comunicación (cambio de conducta, conocimiento o actitud o práctica que el comunicador espera conseguir por parte de la población diana como resultado de las acciones de la intervención). Puede abordar los determinantes de la conducta en cuestión, así como los distintos grupos secundarios, y no solo el público diana primario.

Todos los tipos de objetivo deben responder a cinco preguntas:

- ¿Quién? Un grupo específico.
- ¿Qué? Especificación del cambio.
- ¿Cómo? Acción/intervención que contribuirá al cambio.
- ¿Cuándo? En qué tiempo marco.
- ¿Cuánto? Magnitud del cambio.

Los objetivos deben tener las siguientes características (MADRE):

M: medibles (lugar, tiempo, cantidad, duración, frecuencia)

A: apropiados

D: dirigidos

R: razonables (realistas y alcanzables)

E: específicos en el tiempo

Asimismo, se puede categorizar los objetivos en tres niveles:

a) El objetivo general o finalidad última del programa;

- b) Los objetivos intermedios, que en general reflejan los diferentes factores nutricionales o alimentarios involucrados en el problema principal, las distintas medidas preventivas o los diferentes grupos poblacionales (grupo prioritario/grupo de influencia) a los que se dirige la intervención; y
- c) Los objetivos específicos u operacionales, que determinan el tipo y la cantidad de acciones que hay que desarrollar. El orden de los objetivos debe seguir un formato jerárquico, por lo que la consecución de un objetivo dependerá de la realización de una meta o metas que se ubican en un nivel inferior, y que contribuirá a la realización de un objetivo de rango superior.

Los objetivos tienen un papel primordial en el diseño de un programa porque focalizan varios componentes del proceso de planificación –su definición obliga a tomar decisiones sobre los temas prioritarios basados en los recursos disponibles, para establecer QUÉ va a hacer el programa y a QUIÉN va dirigido—. Asimismo, los objetivos forman el punto de partida para el diseño de la evaluación del proyecto. Para cada objetivo descrito debe haber un correspondiente método de evaluar su grado de cumplimiento.

Es importante distinguir entre los objetivos del programa, los objetivos de la comunicación y los objetivos educativos o de aprendizaje. Estos últimos no sirven como objetivos para guiar las acciones de la intervención. Sirven para marcar el aprendizaje que se pretende conseguir en acciones formativas. A continuación vemos algunos ejemplos que ilustran la diferencia entre ellos.

Objetivos específicos de la intervención sobre la alimentación equilibrada:

- 1) Aumentar en un 50 % los conocimientos pretest y postest de los asistentes a clases de educación nutricional (objetivo cognitivo).
- 2) Incrementar en un 70 % la asistencia a las clases desde el comienzo hasta el final de la intervención (objetivo de conducta).
- 3) Al final de la intervención, mejorar en un mínimo del 10 % la ingesta de frutas y verduras del público objetivo (objetivo de conducta) 8 .

Objetivos educativos/docentes de la intervención sobre la alimentación equilibrada.

Al final de la clase, el asistente será capaz de:

- 1) Clasificar los alimentos según los grupos básicos y sus principales características.
- 2) Identificar cuáles son las fuentes ricas en hierro y en calcio.
- 3) Exponer las ventajas de comer más verduras y frutas y menos carne roja y carne procesada.

3.3.4. Especificación de las acciones/actividades de la intervención

Se define por actividades aquellas acciones necesarias para transformar la realidad con el fin de cumplir los objetivos establecidos dentro de un periodo de tiempo especificado. Existen diversas acciones que pueden desarrollarse dentro de un marco de programas en nutrición comunitaria, y se pueden abordar distintos niveles de actuación: a nivel del individuo, las redes familiares y el entorno social (asociaciones cívicas, personal sanitario...), entidades/instituciones (entidades religiosas, supermercados, colegios...) y los medios y las (8) Como se trata de consumo, en el que pueden influir muchos factores fuera del alcance de la intervención, este objetivo se plasma en términos de «un mínimo de...». Así que, si lo supera, se puede considerar que el objetivo sobre conducta ha sido alcanzado o cumplido y evita el problema frecuente de no conseguir objetivos que no son realistas dada la complejidad de cambiar la conducta en cuestión.

redes sociales de comunicación y normativas, entre otros. Para garantizar la viabilidad y la sostenibilidad del programa, es habitual actuar en varios niveles de manera simultánea y coordinada. Entre las numerosas actividades posibles se pueden destacar:

- Las actividades informativas y educativas.
- El enriquecimiento de alimentos con determinados nutrientes.
- La suplementación alimentaria o facilitación de acceso a alimentos.
- La suplementación nutricional a través de comprimidos, pastillas, etc.
- La modificación de la composición de algunos alimentos (reducir la cantidad de grasas, sal o azúcares, entre otros, mediante acciones legislativas o de incentivación-regulación).
- Acciones de detección precoz (cribados para detectar hipercolesterolemia, obesidad, hipertensión arterial, etc.).

Para las actividades dirigidas a nivel del individuo o grupos de individuos, siempre hay que considerar el estadio del proceso de cambio de comportamiento en el que se halla el individuo/grupo respecto al problema en cuestión.

3.3.5. Elaboración de un plan de monitorización y evaluación

Durante el diseño del programa se establecerán los indicadores que se aplicarán para monitorizar su implementación, especificando sus fuentes de verificación. Se definirán varios niveles de evaluación, que tendrán en cuenta tanto la evaluación diagnóstica y formativa al inicio del proceso de planificación como la reacción de los grupos dianas y la puesta en marcha a lo largo de todo el proyecto y a su final.

Las distintas modalidades de evaluación se resumen en la tabla siguiente:

Tabla 8. Fases de la evaluación de un programa

Fase/etapa	Dimensión	Métodos	
Inicial/diag- nostico	Identificación de problemas y factores determinantesAnálisis de necesidades	EncuestaGrupos focalesEntrevistas personales	
Formativa	 Materiales educativos Carteles Folletos Logotipo Medios escritos y audiovisuales Plan de actividades educativas Viabilidad de la estrategia de realización 	Entrevistas personalesGrupos focales	

Fuente: 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	Dimensión	Métodos		
Proceso	 Grado de realización del programa Instructores Utilización de los materiales educativos Grado de realización de las actividades planteadas Modo de realización Tiempo dedicado Participación Calidad percibida y grado de satisfacción 	 Entrevistas personales 		
Resultados: impacto	 Conocimientos Actitudes Habilidades y destrezas Intenciones Grado de concienciación Confianza personal Conductas Hábitos alimentarios 	EncuestaGrupos focales		
Resultados: salud	 Indicadores biológicos Estado nutricional Morbilidad Mortalidad Calidad de vida 	 Encuesta Grupos focales Examen físico Indicadores bioquímicos 		

Fuente: 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. Educación alimentario-nutricional

4.1. Introducción

El cribado nutricional y los amplios datos disponibles sobre el binomio dieta-salud hacen posible la planificación de políticas sanitarias y estrategias de nutrición comunitaria. Dentro de las estrategias de intervención en el marco de la nutrición comunitaria (ver figura 7), la educación nutricional constituye una herramienta de gran valor en la promoción de hábitos alimentarios más saludables. En este contexto se podría definir el término *educación nutricional* como el componente de la nutrición aplicada que orienta sus recursos hacia el aprendizaje, la adecuación y la adhesión a unas conductas alimentarias más saludables, en consonancia con la evidencia científica en materia de nutrición y con la finalidad de promocionar la salud de la persona y de la comunidad.

NUTRICIÓN COMUNITARIA Vigilancia cadena alimentaria Epidemiología nutricional Restauración colectiva Educación nutricional Nutrición clínica dietética Industria alimentaria Medios Punto de compra de comunicación social Política alimentaria Alimentaria

Figura 7. Elementos y estrategias de intervención en nutrición comunitaria

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

4.2. Determinantes de los hábitos alimentarios

La conducta alimentaria es por naturaleza compleja, y existe una amplia gama de factores sociales, culturales y económicos que contribuyen al establecimiento, el mantenimiento y los cambios en los hábitos alimentarios. A grandes rasgos, la elección de lo que el individuo come viene determinada por la

disponibilidad alimentaria, el poder adquisitivo y la capacidad de elección. Dentro de estas tres categorías generales, se pueden citar otros factores asociados. En el caso de la disponibilidad de alimentos cabe citar los determinantes como la geografía, la infraestructura de transporte y comunicaciones y las políticas agrícolas, entre otros. En cuanto a la elección de alimentos y su relación con la oferta disponible, factores tales como la cultura, la religión, el estado de salud, los recursos económicos, los aspectos psicológicos y la influencia de los medios de comunicación tienen una importancia destacada.

4.3. Concepto de educación nutricional dentro del marco de educación para la salud

1) Educación sanitaria

«Cualquier combinación planificada de experiencias de aprendizaje diseñadas con la intención de abordar factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de comportamientos voluntarios que conduzcan a la salud de los individuos, grupos y comunidades».

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

2) Promoción de la salud

«Cualquier combinación planificada de soportes educativos, políticos, normativos y/o organizativos en las acciones y condiciones de vida que conduzcan a la salud de los individuos, grupos o comunidades».

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

Aunque hay numerosas definiciones para describir la educación para la salud (EpS), existe un consenso para definirla como:

Aquellas combinaciones de experiencias de aprendizaje planificadas, conocimientos, actitudes y habilidades destinadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos, con el objetivo final de que el individuo pueda definir y conseguir sus propias metas en materia de salud.

Cabe destacar que el concepto clásico de EpS en sus inicios durante los años veinte ha evolucionado; ha ido cambiando desde un enfoque en acciones educativas y persuasivas dirigidas exclusivamente al individuo, con la finalidad de hacerlo responsable de su propia salud, hasta otro que tiene en cuenta los factores ambientales e interpersonales que inciden en la conducta de la persona. Asimismo, el enfoque actual también considera la capacitación del individuo para su participación activa en la toma de decisiones que afectan a la salud de la comunidad.

Los factores personales son inherentes a la persona y suponen la intención de realizar o no un determinado comportamiento. Son los que implican el **saber** y el **querer**. Consisten en factores fisiológicos (herencia, pulsiones); físi-

cos (habilidades psicomotoras); cognitivos (conocimientos, creencias, actitudes, valores...); sociodemográficos (sexo, raza, edad, educación) y otros como la cultura, la religión o el estatus social.

Los factores ambientales son los elementos externos a la persona que se pueden modificar y que permiten adoptar una conducta una vez que se ha decidido realizarlo. Estas influencias también juegan un papel importante en el mantenimiento del comportamiento preconizado en el tiempo. Son los factores que permiten **hacer**. Entre ellos se encuentran las relaciones interpersonales de la familia y de la red sociofamiliar, los servicios, los recursos disponibles, su accesibilidad y también el entorno social, físico, económico y laboral, así como los medios y las redes sociales de comunicación, entre otros.

4.4. Modelos de planificación de intervenciones educativas y de aprendizaje y cambio de conducta

Aunque la utilización de teorías no garantiza el éxito de una intervención, sí proporciona toda una estructura sobre la que apoyar su planificación, ejecución y evaluación. Cada vez se dispone de mayor evidencia que sugiere que las intervenciones elaboradas con una base teórica son más efectivas.

Los distintos modelos y teorías ayudan a explicar el comportamiento, siendo así útiles para orientar la elaboración de estrategias y acciones que sean más efectivas para influir y modificar conductas. En el amplio ámbito de la promoción de la salud, a menudo se han empleado distintos modelos a la hora de poner en práctica diferentes experiencias. Se pueden utilizar simultánea y/ o consecutivamente varios enfoques de intervención.

En muchos casos, unas teorías complementan a otras y no son excluyentes. La selección del modelo teórico más apto para un determinado programa dependerá del problema que se emprende, las necesidades y características del colectivo/grupo prioritario y los objetivos de la intervención. La evidencia científica en este campo sugiere que son más efectivos los programas de nutrición comunitaria que aplican varias estrategias y que enfocan sus acciones hacia objetivos de diferentes dimensiones que abordan la sensibilización, la transferencia de información, el desarrollo de habilidades/capacidades y la creación de entornos que facilitan la adopción de los hábitos preconizados.

Ya que este tema es estudiado en otra asignatura, aquí nos vamos a centrar en determinados modelos/enfoques que son frecuentemente utilizados en intervenciones de nutrición comunitaria.

Lectura recomendada

Este capítulo resume los conceptos y modelos teóricos que se suelen aplicar en las intervenciones que incluyen la educación alimentario-nutricional.

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

4.5. Modelos de aprendizaje y cambio de conducta (enfoque individual)

4.5.1. El modelo transteórico

Este modelo sostiene que los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en los que se derivan de recomendaciones terapéuticas. Estas etapas se corresponden con lo que se denominó etapas del cambio, y pueden definirse como una progresión a lo largo de un proceso que comienza con la etapa de precontemplación, continúa con las fases de contemplación y de preparación, y finaliza con las etapas de cambio, mantenimiento e incluso recaída. Por lo tanto, los contenidos y las actividades de las intervenciones deben adaptarse a la etapa en la que se encuentre el público objetivo del programa.

A continuación, se presenta en la tabla el modelo transteórico (etapas de cambio), un marco conductual que se aplica en muchas intervenciones en nutrición y actividad física para adecuar los contenidos a la fase de cambio en que se encuentra el individuo.

Tabla 9. Modelo de las etapas de cambio (o modelo transteórico) de Prochaska y DiClemente

Concepto	Definición	Aplicación		
Precontempla- ción	Inconsciencia del problema	Aumentar la consciencia sobre la necesi- dad de cambiar; dar información persona- lizada sobre los riesgos/beneficios		
Contemplación	Pensar en cambiar en un futuro cercano	Motivar, animar a que hagan planes espe- cíficos		
Decisión/determi- nación	Desarrollar el plan de cambio	Ayudar a elaborar planes en concreto; establecer objetivos escalonados		
Acción	Realizar la acción concreta	Ayudar a dar refuerzo, solucionar problemas, incluir el apoyo social		
Mantenimiento	Continuar las acciones deseadas	Resolución de posibles problemas; buscar alternativas, evitar recaídas		
Recaída	Volver a una etapa previa	Ayudar a reducir estados de desánimo; motivar a retomar la acción y esfuerzos de mantenimiento		

Lectura recomendada

Esta revisión sistemática examina los factores que contribuyen a la eficacia de las intervenciones de educación nutricional en la promoción del cambio de comportamiento para mejorar la salud. Los investigadores presentan los factores que conducen al éxito de varios tipos de intervenciones.

M. W. Murimi, M. Kanyi, T. Mupfudze y otros (2017). «Factors Influencing Efficacy of Nutrition Education Interventions: A Systematic Review». *Journal of Nutrition Education* and *Behavior* (febrero, vol. 49, núm. 2, págs.142-165).

4.6. Modelos de planificación de intervenciones educativas

4.6.1. Precede-Procede

Un modelo de planificación del diagnóstico educacional que se aplica en muchos programas de la EpS consiste en el análisis de los factores que predisponen a realizar (o no), facilitan y refuerzan una determinada conducta. Precede-Procede fue diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter en la déca-

da de los ochenta para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamientos son voluntarios por naturaleza. Ese principio se refleja en el sistemático proceso de planificación que intenta capacitar a los individuos con: comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida.

El modelo tiene nueve etapas, las cinco primeras de diagnóstico y las restantes de ejecución y evaluación:

Precede

- Fase 1: Diagnóstico social
- Fase 2: Diagnóstico epidemiológico
- Fase 3: Diagnóstico de comportamiento y ambiental
- Fase 4: Diagnóstico educativo y organizativo
- Fase 5: Diagnóstico administrativo y político

En la cuarta fase se identifican los condicionantes de las conductas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el comportamiento. Los factores predisponentes incluyen los conocimientos, actitudes, creencias, valores y percepciones del individuo que facilitan o limitan el proceso de cambio. Los factores reforzadores son las recompensas y la retroalimentación que recibe la persona de la gente que la rodea, una vez adoptada una conducta (como los compañeros, amigos, familiares, medios de comunicación, profesores, personal de salud, etc.). Los factores facilitadores son aquellos que hacen posible o facilitan el cambio deseado, como las habilidades sociales (resistencia a la presión de pares, competencia social, ser una persona decidida, con habilidades de manejo de problemas y estrés), los recursos disponibles (acceso a los servicios, leyes, planes y programas) y/o las barreras que pueden favorecer la conducta deseada y limitar la indeseada (legislación, cultura).

Procede

- Fase 6: Implementación
- Fase 7: Evaluación del proceso
- Fase 8: Evaluación del impacto
- Fase 9: Evaluación del resultado

4.6.2. Marketing social

El marketing social es otro modelo muy utilizado en EpS y proporciona un marco conceptual para la planificación, el diseño y la ejecución de un programa de cambio social. Por consiguiente, el marketing social, en cuanto orientación, puede integrar otras teorías que se suelen utilizar para promocionar la

salud con objeto de diseñar las actividades específicas de la intervención. Es decir, el marketing social proporciona la estructura de la intervención, cuyo contenido se deriva a partir de teorías conductuales.

La aplicación de este marco conceptual en el campo de la promoción de la salud exige acudir al concepto de marketing social propuesto por Kotler y Zaltman, que lo definen como «diseño, ejecución y control de programas calculados para influir en la aceptabilidad de ideas sociales, incorporando la consideración correcta del producto, precio, distribución, comunicación e investigación del mercado». Asimismo, el marketing social aplicado a la promoción de la salud incluye tanto la idea del cambio social planificado como la influencia en los comportamientos del público mediante campañas sociales.

En el marketing social, el «producto social» puede consistir en una idea (la alimentación es un derecho), una práctica (comer 5 raciones de fruta o verdura al día) o el uso de un determinado elemento (productos lácteos desnatados), y a las personas que se quiere influir con un producto social se les denomina «grupo diana», al igual que en el marketing comercial.

Lo que el marketing social no es

Frecuentemente se confunde el marketing social con la publicidad social, el marketing en las redes sociales (RR. SS.) y el marketing en medios/entornos sociales, es decir, marketing dirigido a la sociedad. Estos últimos son tipos de acciones que tienen valor como tácticas/estrategias de una intervención, pero no constituyen el marketing social. El marketing social busca ir más allá de simplemente informar, aumentar el conocimiento y la comprensión o buscar influir en las actitudes o creencias de las personas. Todos estos objetivos son importantes, pero las intervenciones de marketing social están diseñadas para influir en el comportamiento de los individuos y las comunidades para un mayor bien social.

A continuación se presentan los pasos que componen un programa de marketing social.

Figura 8. Los pasos del marketing social

Definir productos / servicios (definir la problemática y establecer los objetivos) Segmentación: la población diana Límites: la organización Selección de público(s) objetivo(s) Diseño de estrategias y líneas de acción (basadas en datos primarios y secundarios); el Posicionamiento Puesta en marcha de estrategias Control y evaluación de acciones (usando medidas eficaces)

El paso Segmentación es considerado como uno de los más importantes para que una intervención de marketing social tenga éxito, ya que es fundamental realizar una investigación sobre deseos, creencias y actitudes de los destinatarios de las acciones. Efectivamente, consiste en un análisis de factores psicográficos y conductuales, análisis que en muchas ocasiones no se contempla en intervenciones de nutrición comunitaria.

La teoría de la segmentación nos dice que es posible que un enfoque «único aplicable a todos» para lograr el cambio social no satisfaga las necesidades de todas las personas. Además, los estudios de mercado han revelado la importancia y la eficacia de adaptar los mensajes e incentivos para satisfacer las necesidades de los diferentes segmentos de la población.

Usando información y datos de conducta, la población diana está segmentada en subgrupos que comparten creencias, actitudes y comportamientos comunes. Las acciones se adaptan directamente a segmentos de público específicos en lugar de aplicar un enfoque amplio que cubre a un gran público general. La segmentación fortalece la orientación/focalización tradicional de la salud pública con datos adicionales que se centran en «por qué las personas actúan como lo hacen», en lo que piensan y creen acerca de los problemas de salud, y en los datos recopilados mediante la observación del comportamiento real. Una vez segmentado, se establece el grupo prioritario (las personas sobre cuya salud las acciones de la intervención tengan un impacto y se benefician directamente de la intervención, por ejemplo, los niños con sobrepeso) y los grupos secundarios (las personas que tengan una influencia sobre el grupo primario, por ejemplo, los padres y los profesores de los niños con sobrepeso, entre otros).

Por otro lado, el concepto de intercambio⁹ es un concepto central en el marketing social. El intercambio se basa en la tendencia que tenemos de cambiar nuestro comportamiento cuando percibimos que nos interesa hacerlo, ya sea ⁽⁹⁾Exchange, en inglés.

a través de una elección racional o a través de un proceso más subconsciente. Para influir en el comportamiento se necesita entender lo que las personas valoran, los beneficios que buscan. Luego se puede utilizar esta información para desarrollar intervenciones, sistemas, productos o servicios a los que las personas de los grupos dianas querrán acceder o utilizar.

Por tanto, una tarea clave en marketing social es elaborar esta «propuesta de intercambio» que establezca qué deben hacer las personas y/o el coste de esta acción para obtener el valor (beneficio) que desean. Es un intercambio de coste-beneficio del cual «los costes» pueden ser no solo económicos sino también sociales, físicos o psicológicos.

Si bien se puede aprender mucho de las estrategias comerciales, lo que funciona en el sector comercial no es necesariamente válido para el ámbito de la salud. Una persona no piensa en contraer una nueva enfermedad de la misma manera que uno piensa en comprar un coche nuevo. Los enfoques de marketing social cuyo propósito es el bien social deberán adaptar los enfoques comerciales —que tienden a centrarse en las ganancias y los individuos— y aplicarlos de manera que reflejen estándares éticos y la influencia de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Bibliografía

Bibliografía del apartado 1

De Garine, I.; Macbeth, H.; Ávila R. y otros (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(págs. 117-148). Beijing: IPR Publishing House.

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

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

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

HLPE (2018). *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, págs. 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, December.

Bibliografía del apartado 2

Aranceta Bartrina, J.; Serra Majem, Ll. (2006). Objetivos nutricionales y guías dietéticas. En: L. Serra Majem; J. Aranceta (eds.). Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones (págs. 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, pág. 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.* Nicosia, 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, págs. 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, págs. 1-48).

Grupo de Educación Nutricional y de Sensibilización del Consumidor, FAO (2014). El estado de las guías alimentarias basadas en alimentos en América 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 supls., págs. S124-35).

Molina V. y otros (1995). *Lineamientos generales para la elaboración de guías alimentarias. Una propuesta del INCAP*. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

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, E.; 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, págs. 4739-4762). doi: 10.3390/nu7064739.

U. 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).

Bibliografía del apartado 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.; Álavarez-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. E.** (2019). «Supporting individuals' healthy eating requires genuine engagement with communities». *Nutrition Bulletin* (núm. 44, págs. 92-99).

Health Communication Capacity Collaborative. *El «Proceso P.» Cinco pasos para la comunicación estratégica*. Baltimore: Centro para Programas de Comunicación de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. 2016.

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

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

Bibliografía del apartado 4

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

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

European Centre 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 Centre: UK.

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

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

Health Communication Capacity Collaborative (2016). *El «Proceso P». Cinco pasos para la comunicación estratégica*. Baltimore: Centro para Programas de Comunicación de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins.

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

National Cancer Institute (2005). *Theory at a Glance: a guide for health promotion practice*(2.ª 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* (págs. 676-683). Barcelona: Masson.