

## Nutrición Comunitaria

Javier Aranceta

Secretario General Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)

**RESUMEN.** En los últimos veinte años el interés en la Nutrición en Salud Pública se ha centrado en los aspectos cualitativos que pudieran repercutir en la génesis de las enfermedades crónicas, la calidad de vida, las potencialidades físicas e intelectuales y la longevidad. Estos conocimientos aplicados de manera colectiva en programas de prevención y promoción de la salud dieron lugar al acunio funcional *Nutrición Comunitaria*. Las actuaciones en el campo de la Nutrición Comunitaria intentan mejorar los estilos de vida ligados al modelo de consumo alimentario, para contribuir a mejorar el bienestar y a la promoción de la salud de la comunidad en la cual desempeña esta tarea. Las principales funciones a desarrollar en una **Unidad de Nutrición Comunitaria** consisten en identificar y evaluar problemas nutricionales de la comunidad y diseñar, organizar, implementar y evaluar programas de intervención mediante distintas estrategias, orientados al medio ocupacional, escolar, colectivos de riesgo o población general. Hoy los esfuerzos en el campo de la nutrición comunitaria deben centrarse en tres aspectos clave: la educación nutricional en el medio escolar y comunitario; la seguridad e higiene alimentaria y el refuerzo de las habilidades culinarias en todos los grupos de edad. Los servicios de restauración colectiva social, tanto en el medio escolar como en el marco laboral o comunitario, deben garantizar aportes nutricionales adecuados; fomentar prácticas alimentarias saludables y favorecer la cultura gastronómica y el aprendizaje social. La higiene y seguridad alimentaria se ha convertido en una prioridad de Salud Pública. Este concepto incluye una oferta alimentaria segura y adecuada en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de todos los individuos. Los cambios sociales junto con los nuevos avances científicos introducirán nuevas demandas en la nutrición comunitaria y harán que cada día sea más importante el consejo individualizado. Para hacer frente a los nuevos retos, es necesario que los profesionales de la nutrición comunitaria tengan una preparación profesional de gran calidad. **Palabras clave:** Nutrición comunitaria, salud pública, educación nutricional, promoción de salud, seguridad alimentaria.

**SUMMARY. Community Nutrition.** In the last 20 years, Public Health Nutrition focused mainly on the qualitative aspects which may influence the onset of chronic diseases, quality of life, physical and mental performance and life expectancy. This applied knowledge organised as part of preventive and health promotion programs led to the development of Community Nutrition. The aim of Community Nutrition actions is to adequate lifestyles related to food consumption patterns in order to improve the quality of life and contribute to health promotion of the population in the community where programs and services are delivered. Key functions to develop in a Community Nutrition Unit consist in the identification and assessment of nutrition problems in the community as well as the design, implementation and evaluation of intervention programs by means of appropriate strategies. These should aim at different populations groups and settings, such as work places, schools, high risk groups or the general public. Nowadays, Community Nutrition work efforts should focus on three main aspects: nutrition education in schools and in the community; food safety and food security and the development and reinforcement of food preparation skills across all age groups. Social catering services, either in schools, the work place or at the community level, need to ensure adequate nutritional supply, provide foods contributing to healthy eating practices as well as to enhance culinary traditions and social learning. Food safety and food security have become a top priority in Public Health. The concepts referes to the availability of food safe and adequate as well as in sufficient amount in order to satisfy nutrition requirements of all individuals in the community. Social changes along new scientific developments will introduce new demands in Community Nutrition work and individual dietary counselling will become a key strategy. In order to face new challenges, community nutrition practitioners require a high quality professional training. **Key words:** Community nutrition, public health, nutrition education, health promotion, food safety.

### INTRODUCCION

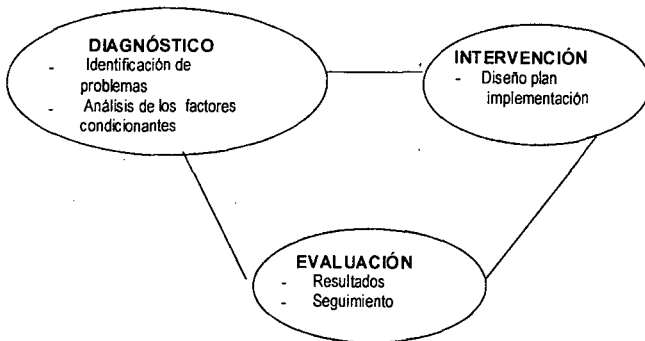
Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las principales causas de mortalidad en los países desarrollados, donde representan más del 50% de la mortalidad prematura evitable (1). Existe evidencia científica que sostiene que el modo de vida alimentario puede tener un impacto muy importante en la mayor parte de las causas de morbilidad y mortalidad (2).

De acuerdo al modelo de determinantes de la salud propuesto en la década de 1970 por Marc Lalonde, la alimentación, el alcohol y la actividad física son los principales factores que inciden sobre el nivel de salud de la población (3). Décadas más tarde, este mismo argumento ha sido reconocido por la FAO/OMS, que en su documento Dieta- Salud de Marzo de 2003 reconoce el papel de la dieta en la génesis y prevención de enfermedades crónicas de gran

prevalencia, tales como la obesidad, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad dental y osteoporosis (4).

En este sentido, la Nutrición Comunitaria requiere siempre en sus actuaciones contemplar una primera fase de diagnóstico de la situación (Figura 1). En esta etapa se consideran los indicadores de salud y hábitos alimentarios que permitan disponer de elementos de análisis para la fase de intervención poblacional (5,6).

FIGURA 1  
Fases del trabajo en nutrición comunitaria



La nutrición comunitaria tiene como objetivo principal a nivel poblacional acercar el modelo alimentario disponible hacia un modelo más saludable, con consideraciones específicas según la peculiaridad de los indicadores de salud y sus factores determinantes (6).

Sobre esta premisa, el desarrollo de las acciones se fundamenta con un interés especial en la promoción de conocimientos en el marco de la educación nutricional y en el fomento de habilidades que permitan la autosuficiencia en el diseño, compra, preparación e ingesta del modelo alimentario más saludable a nivel individual, familiar y colectivo (7). La Figura 2 resume de manera esquemática el modelo conceptual de la Nutrición Comunitaria.

**Perfil metodológico**

La nutrición comunitaria plantea sus actividades en base a 3 bloques de trabajo. La primera fase se centra en un proceso de diagnóstico de la situación, con la identificación de los problemas y el análisis de los factores condicionantes. La información obtenida en esta fase de diagnóstico permitirá identificar los problemas; establecer un orden de prioridades y determinar unos objetivos generales y específicos a cumplimentar a corto, medio o largo plazo (5,6).

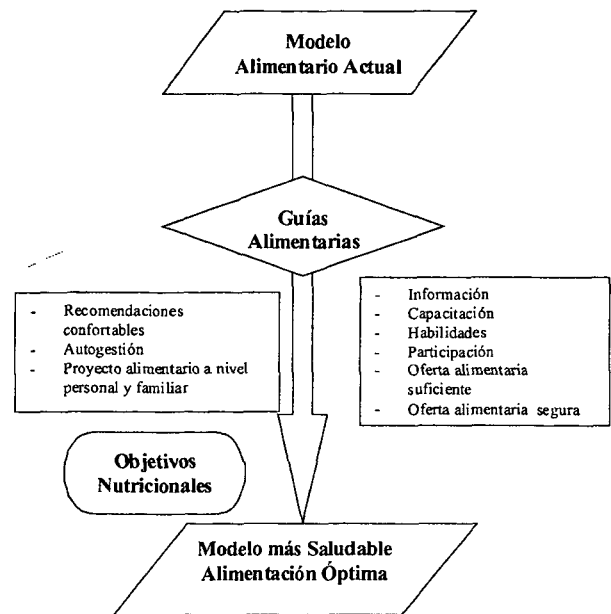
En la siguiente etapa de actuación, el interés se centra en el diseño de las intervenciones más oportunas en cada caso. La selección de los métodos a emplear se realiza en base a los objetivos establecidos, teniendo en cuenta los recursos disponibles. En cualquier caso es necesario planificar el plan

de intervención simultáneamente a la metodología de evaluación. Los contenidos que se abordan en cada intervención deben determinarse de manera consensuada con los responsables del programa, procurando que sean respetados en todas las actuaciones de campo, sobre todo cuando en el trabajo participan equipos distintos o dispersos (6,8).

Las intervenciones en nutrición comunitaria deben tener en cuenta las características sociales y culturales de la población a la que se dirigen. Con frecuencia no sólo es aceptable, sino recomendable, confeccionar modelos alternativos para la puesta en práctica de los programas, adaptados a las características del colectivo diana (6,8).

Un aspecto muy importante a considerar en todos los programas de nutrición comunitaria es la evaluación, en la que se contemplen dimensiones cuantitativas y cualitativas complementariamente, utilizando la metodología más apropiada en cada caso. Las distintas fases de la evaluación (inicial, formativa, proceso, final, seguimiento) permiten estimar el camino recorrido, la tasa de participación, la mejora de habilidades o conocimientos e incluso, el impacto directo o indirecto en el nivel de salud (9).

FIGURA 2  
Modelo conceptual en nutrición comunitaria



**Colectivos de intervención**

Los programas de nutrición comunitaria pueden estar dirigidos a cualquier grupo poblacional, e incluso muchos de ellos pueden estar estructurados para su puesta en práctica en la población general. En la actualidad los distintos estratos de la sociedad tienen necesidades y peculiaridades diferenciadas. Por lo tanto, puede ser necesario adoptar medidas específicas, que incluyen objetivos, metodología,

ayudas didácticas, sistemas de refuerzo y métodos de evaluación.

### **Población infantil**

Asegurar un estado nutricional adecuado en la edad evolutiva contribuye a garantizar el crecimiento y desarrollo del niño, su estado de salud y también estimula el desarrollo de hábitos alimentarios que incidirán no solo en la edad infantil, sino también en etapas posteriores de la vida (10).

En la población infantil las actividades de adecuación alimentaria deben plantearse desde el embarazo (11,12), introduciendo sesiones o talleres en los programas de salud materno-infantil y en las actividades de preparación al parto. En este periodo en que la familia suele estar muy sensibilizada por el buen funcionamiento de todo el proceso de gestación, es oportuno introducir conceptos y mensajes claros sobre las necesidades alimentarias durante el embarazo, lactancia y primeras etapas de vida del niño. Debe recomendarse en todo momento que se consulte con el pediatra y/o dietista de manera periódica, incluso hasta después de los tres años.

### **Población escolar y adolescente**

Este es un periodo especialmente importante de consolidación de los hábitos alimentarios (13), en el que nuestras propuestas pueden llevarse a cabo plenamente con total autonomía. La educación nutricional en el medio escolar, diseñada en forma colaborativa con profesores y padres (14), puede facilitar el tránsito de una alimentación equilibrada y sana que enlace con la edad adulta.

También será nuestra responsabilidad controlar los aspectos nutricionales, gastronómicos e higiénicos de los comedores escolares y universitarios (15).

### **Ancianos**

La nutrición comunitaria aplicada en ancianos tiene como objetivo asegurar unos correctos aportes nutricionales, asumiendo aquellas modificaciones que sean necesarias en virtud de cuadros patológicos, consumo de medicamentos o necesidades especiales que puedan plantearse o detectarse, tanto a nivel institucional como en el entorno domiciliario (16).

También en este subgrupo poblacional es importante el trabajo con el entorno del anciano, a través de la familia, auxiliares de ayuda a domicilio, profesionales de Atención Primaria, servicios sociales y personal sanitario y de apoyo en residencias.

### **Atención primaria**

En Atención Primaria nos planteamos la posibilidad de trabajar el consejo dietético a nivel individual, tanto en población general como en personas afectadas por patologías crónicas (6). Los programas de educación nutricional a grupos de afectados pueden ofertar muy buenos resultados en

diabéticos, obesos, celíacos, personas con alergia alimentaria, dislipémicos, etc.

### **Discapacitados**

Las personas con minusvalías son un colectivo que necesita apoyo especial, tanto en el diseño de dietas como en la necesidad de suplementación o de utilización de ayudas técnicas (17). El trabajo con estas personas requiere contar con la colaboración de las familias y de las personas de apoyo para intentar no solo una cobertura alimentaria adecuada, sino también el mayor grado de autosuficiencia posible en cuanto se refiere a la ingesta y preparación de alimentos.

### **Indigentes**

En los últimos años ha cobrado mucha importancia el trabajo con indigentes, personas de entorno desfavorecido e inmigrantes. Cada uno de estos grupos tiene sus necesidades diferenciadas y específicas que a veces confluyen en el seno de comedores sociales, comedores escolares o en el suministro alimentario en centros de acogida (6,18).

En algunas situaciones, sólo existe la posibilidad de ofertar la comida principal. Por tanto, se trata de optimizar al máximo esta prestación y recurrir a medidas de educación sanitaria y educación para el consumo de manera que las posibles raciones no institucionalizadas completen los aportes del comedor (19).

En los colectivos de etnia diferencial es muy importante el respeto a sus tradiciones culinarias y el apoyo o la ayuda en el tránsito necesario entre su modelo alimentario precedente y la posible adaptación secuencial que puede plasmarse de forma paulatina. Estas medidas pueden minimizar el riesgo de carencias nutricionales, dietas monótonas o la adscripción a alimentos que en nuestro medio adquieren un valor desorbitado, y que fácilmente pueden ser sustituidos por alimentos autóctonos o de disponibilidad general.

### **Población general**

Existe la posibilidad de gestionar multitud de acciones de interés general en base a las prioridades de salud en cada momento. Sería necesario contar siempre que sea posible con el apoyo de la industria alimentaria, la administración sanitaria, las organizaciones de consumidores y los medios de comunicación social (20).

### **Retos profesionales**

En un futuro inmediato las prioridades van a estar centradas en determinar las necesidades nutricionales que permitan un nivel óptimo de salud y rendimiento, contemplándose la especificidad de la expresión génica más favorable en función de modelos alimentarios de diseño (7). El ámbito de estudio de la nutrigenómica podrá contar con la presencia de alimentos funcionales, probióticos, alimentos enriquecidos, transgénicos, nuevos alimentos y suplementos farmacológicos (21).

Este nuevo marco de nutrición óptima tendrá que establecerse en base a un máximo cualitativo y cuantitativo de seguridad alimentaria (7), en donde la población adquiera desde la infancia habilidades y conocimientos en materia de nutrición que le permitan ser autosuficiente en el cuidado de las normas básicas de salud.

### Colectivos profesionales implicados

En la Tabla 1 se describe una relación de los profesionales implicados en el ámbito de la nutrición comunitaria, que desde una actuación inter- y multidisciplinar (22) deberán demostrar en los próximos años que el coste - beneficio de la intervención nutricional es satisfactoria y capaz de disminuir el gasto sanitario, en base a disminuir la morbilidad hospitalaria, extrahospitalaria y la mortalidad específica evitable (23).

TABLA 1  
Colectivos profesionales implicados en la nutrición comunitaria

Colectivos profesionales	
Trabajadores sociales	Estadístico
Sociólogo	Epidemiólogo
Psicólogo	Agrónomos
Médico	Dip. Dietética y Nutrición
Farmacéutico	Nutriólogo
	Veterinario
Personal enfermería	Personal administrativo

En este sentido en la Tabla 2 se relaciona la mortalidad específica por las causas más comunes con el grado de cumplimiento de las guías alimentarias (24). Se puede observar que a mejor modelo alimentario, se expresa una menor mortalidad específica por tumores, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular.

TABLA 2  
Mortalidad específica (RR)<sup>1</sup> y Score patrón de consumo recomendado<sup>2</sup>

Variabes	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4
Tumores	1.00	0.82 (0.68-0.98)	0.75 (0.62-0.92)	0.60 (0.49-0.74)
Enf. Coronaria	1.00	0.75 (0.55-1.04)	0.70 (0.49-1.00)	0.67 (0.47-0.95)
ACV	1.00	0.76 (0.48-1.18)	0.54 (0.32-0.93)	0.58 (0.35-0.96)
Otras causas	1.00	0.92 (0.74-1.15)	0.7 (0.55-0.92)	0.83 (0.65-1.04)

1 RR: Riesgo Relativo ajustado multivariado.

2 Score Modelo de Consumo según Guías Dietéticas.

Fuente: Kant AK y cols. JAMA, 2000 (24).

La evidencia recogida nos anima a seguir trabajando en el marco de la Nutrición Comunitaria para mejorar la esperanza y la calidad de vida de nuestra población, en el mismo sentido que postula la nueva estrategia global de la Organización Mundial de la Salud sobre Dieta, Actividad Física y Salud (25) que se debate en el seno de la LVII Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.

### REFERENCIAS

- WHO Statistical Information System (WHOSIS). Disponible en URL: <http://www3.who.int/whosis/> (Acceso 10 de Febrero de 2004).
- Pomerleau J, McKee M, Lobstein T, Knai C. The burden of disease attributable to nutrition in Europe. *Public Health Nutr* 2003;6(5):453-462.
- FAO-WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical report series 916. Geneva: WHO, 2003.
- Lalonde M. New perspectives on the health of Canadians. Ottawa (Ca): National Health and Welfare, 1974.
- Boyle MA, Morris DH. Community Nutrition in Action. An entrepreneurial approach (Second edition). Belmont (CA,USA): West/Wadsworth ITP Inc, 1999.
- Aranceta Bartrina J. Nutrición Comunitaria (2ª edición). Barcelona: Masson, 2001.
- Aranceta Bartrina J. Community Nutrition. *Eur J Clin Nutr* 2003, 57 (Suppl 1):S79-S81.
- Osaugh A. Community Nutrition Work: A systematic approach. A manual for community nutrition workers. Copenhagen: WHO-EURO, 1991.
- Contento IR, Randell JS, Basch CE. Review and análisis of evaluation measures used in nutrition education intervention research. *J Nutr Educ Behav* 2002; 34:2-25.
- Hernández Rodríguez M. Nutrición en la infancia y patología del adulto. En: Tojo R (ed). Tratado de nutrición pediátrica. Barcelona: Doyma, 2001:1159-1167.
- Godfrey KM, Barker DJP. Fetal programming and adult health. *Pub Health Nutr* 2001;4(2B):611-624.
- Tomkins A, Davies C, Goldenberg R, Jackson A, Keen C, King J, Nestel P. Nutrition as a preventive strategy against maternal pregnancy outcomes- a USAID/ Wellcome Trust Workshop at Merton College, Oxford, UK, 18-19 July 2002. *Public Health Nutr* 2003;6(7):629-630.
- Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101 (Suppl): 539-549.
- Dixey R, Heindl I, Loureiro I, Pérez-Rodrigo C, Snel J, Warkning P. Healthy eating for young people in Europe. A school-based nutrition education guide. Copenhagen: European Network of Health Promoting Schools, 1999.
- Aranceta J, Pérez Rodrigo C. Alimentación colectiva en centros docentes. En: Tojo R (ed). Tratado de nutrición pediátrica. Barcelona: Doyma, 2001:1115-1128.
- Aranceta J. Dieta en la tercera edad. En: Nutrición y dietética clínica. Ed. J Salas-Salvadó, A Bonada, R Trallero, M Engràcia Saló. Barcelona: Doyma, 2000. pp:107-17.

17. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Nutrition services for children with special needs. *J Am Diet Assoc*, 1995;95:809-812.
18. Caritas Española, Programa Sin Techo. La acción social de las personas sin hogar en España. Disponible en URL: <http://www.caritas.es> (Acceso 18 de Febrero de 2004).
19. Linares E. Food services for the homeless in Spain: Caritas Programme for the Homeless. *Public Health Nutr*. 2001;4(6A):1367-9.
20. Sjöstrom M, Stockley L, and Eurodiet working party 3 members. Toward public health nutrition strategies in the European Union to implement food based dietary guidelines and to enhance healthier lifestyles. The Eurodiet project. *Pub Health Nutr*, 2001;4(2 A):307-324.
21. Diplock AT, Aggett PJ, Ashwell M, Bornet F, Fern EB, Roberfroid MB. Scientific concepts of functional foods in Europe: Consensus document. *Br J Nutrition*, 1999; 81 (Suppl 1):S1-S27.
22. Hughes R. A conceptual framework for intelligence-based public health nutrition workforce development. *Public Health Nutr* 2003;6(6):599-606.
23. ADA. Key trends affecting the dietetics profession and the American Dietetic Association. *J. Am. Diet. Assoc.* 2002; 102:S1821-S1839.
24. Kant AK, Schatzkin A, Graubard BI, Schairer C. A prospective study of diet quality and mortality in women. *JAMA*, 2000; 283:2109-2115.
25. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 17 de abril de 2004. A57/9 Punto 12.6 del orden del día provisional. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en URL: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf-files/WHA57/A57-9-sp.pdf> (Acceso el 28 de abril de 2004).