

COLABORACIÓN ESPECIAL**LA PARTICIPACIÓN SOCIAL COMO ESTRATEGIA CENTRAL
DE LA NUTRICIÓN COMUNITARIA PARA AFRONTAR
LOS RETOS ASOCIADOS A LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL**

José Carlos Suárez-Herrera (1, 2, 3) José Joaquín O'Shanahan Juan (2, 3, 4) y Lluís Serra-Majem (2, 3, 5)

(1) Departamento de Administración de la Salud de la Universidad de Montreal. Canadá.

(2) Cátedra UNESCO de Investigación, Planificación y Desarrollo de Sistemas de Salud. Departamento de Ciencias Clínicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria España.

(3) ONG Nutrición Sin Fronteras. Barcelona. España.

(4) Unidad de Apoyo a la Dirección del Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. España.

(5) Centro de Investigación en Nutrición Comunitaria del Parque Científico de Barcelona. España.

RESUMEN

Las sociedades modernas vienen experimentando en las últimas décadas un proceso de transición nutricional acelerada que favorece la aparición, a escala planetaria, de problemas nutricionales de naturaleza contradictoria, tales como la obesidad y la desnutrición. Estos problemas suponen un auténtico desafío para los responsables de la Salud Pública, que adoptan gradualmente una serie de estrategias bajo una perspectiva poblacional. Sin embargo, la naturaleza colectiva de estas estrategias puede ir en detrimento de las necesidades nutricionales particulares de los individuos y las familias.

Consideramos que la participación social favorece la contemplación simultánea de ambas perspectivas, individual y poblacional, durante las diferentes fases de desarrollo de los programas de Nutrición Comunitaria necesarios para tratar la naturaleza paradójica de este tipo de problemas. Sin embargo, debido a factores de tipo contextual, se observa una tendencia creciente a desarrollar una dimensión más tecnocrática de las prácticas participativas, lo que desvirtúa el potencial emancipador y transformativo de la participación social.

Para evitar dicha tendencia, proponemos el uso de los cinco ejes de intervención de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud como guía para una integración sistémica de la participación social en los procesos de planificación, implementación y evaluación de los programas de nutrición comunitaria. De este modo, contemplamos la integración de la participación social en los esfuerzos destinados al desarrollo de competencias individuales, al refuerzo de la acción colectiva, a la creación de entornos favorables, a la reorganización de servicios y sistemas de salud y, finalmente, a la elaboración de políticas en materia de nutrición y salud pública.

Palabras clave: Participación Social. Transición Nutricional. Atención Primaria de Salud. Promoción de la Salud. Salud Pública.

Correspondencia:

José Carlos Suárez-Herrera

1175 Everett #8

H2R 1N2 Montreal (Québec), Canadá

jc.suarez.herrera@umontreal.ca

joseko70@hotmail.com

ABSTRACT**Social Participation as a Central Strategy of Community Nutrition to Face the Challenges Associated with the Nutritional Transition**

In last decades modern societies are undergoing a rapid nutrition transition process that reinforces, at international level, the emergence of nutritional problems of contradictory nature, such as malnutrition and obesity. This represents a considerable challenge for contemporary Public Health leaders, who have been gradually developing a set of strategies which overwhelmingly adopt a population perspective. Nevertheless, the collective nature of these strategies could neglect the particular individual and family needs.

We consider social participation as an approach to simultaneously reinforce both individual and population perspectives during the divers phases of development of Community Nutrition programs which tackle the paradoxical nature of this problematic. However in relation to some contextual factors, we find a growing trend to develop a more technocratic dimension of participatory practices, which distorts the emancipator and transformative potential of social participation.

In order to avoid this tendency, we propose the use of the five intervention axes of the Ottawa Chart for Health Promotion as a guide for a systemic integration of social participation in planning, implementation and evaluation processes of Community Nutrition programs. We therefore take into account the integration of social participation in the efforts made in developing individual capacity-building, reinforcing collective action, creating enabling environments, health care reorganization, and finally, implementing nutritional and public health policies.

Key Words: Social Participation. Nutritional Transition. Primary Health Care. Health Promotion. Public Health.

INTRODUCCIÓN

Desde comienzos del siglo pasado las sociedades modernas vienen experimentando la transformación en materia de nutrición y salud pública más importante de toda la historia de la humanidad. Se trata de un fenómeno probablemente jamás visto anteriormente, cuyo grado de complejidad se acentúa con la distribución irregular de los estilos de vida y los patrones alimentarios en los diferentes grupos de población. Esta tendencia emergente hacia un proceso de *transición nutricional*^{1,2} constantemente acelerada tiene lugar a escala mundial, principalmente a causa de las dinámicas expansionistas asociadas a la globalización económica, tales como la liberalización de mercados, la división internacional del trabajo, los grandes movimientos transmigratorios, la industrialización de los alimentos, la urbanización de los estilos de vida y la influencia de las tecnologías de información y comunicación³⁻⁵.

En la primera sección de este artículo presentamos una descripción sucinta del fenómeno de la transición nutricional acelerada que subyace actualmente en las sociedades modernas y que afecta de forma intensa aunque desigual a una proporción creciente de países de todas las regiones del planeta. La complejidad y la velocidad de expansión de este fenómeno favorece la coexistencia en un mismo grupo de población de problemas de salud tradicionalmente opuestos, tales como la aparición gradual de enfermedades crónicas asociadas a los excesos alimentarios antes de la desaparición de las enfermedades agudas relacionadas con las carencias nutricionales⁶⁻⁸, problema que puede llegar a darse en el seno de un mismo hogar⁹⁻¹¹. Este dilema representa un desafío sin precedentes para los responsables políticos y profesionales de la Salud Pública, que se enfrentan a un fenómeno paradójico que dificulta la gestión de las intervenciones

pertinentes en materia de nutrición y salud pública¹².

En la segunda sección de este artículo revisamos las principales estrategias adoptadas por los programas de Nutrición Comunitaria en el campo de la Atención Primaria de Salud (APS). Frente a las estrategias individuales, las de tipo poblacional refuerzan el uso de enfoques colectivos y de actuaciones a nivel sistémico en materia nutricional, lo que favorece la aparición de una serie de consecuencias colaterales indeseables en algunos sectores muy concretos de la población¹³⁻¹⁴.

En la tercera sección del artículo subrayamos la necesidad del reconocimiento de la participación social como estrategia esencial en los procesos de reorganización de los servicios y sistemas de APS, así como en la puesta en marcha y desarrollo de las intervenciones nutricionales pertinentes. Las dinámicas participativas podrían ayudarnos a integrar conjuntamente las perspectivas individuales y poblacionales de las intervenciones nutricionales, pero dadas ciertas presiones contextuales de tipo económico y político la experiencia nos muestra que se tiende a impulsar el desarrollo de una dimensión tecnocrática de la participación social, en detrimento de su vertiente más emancipadora y transformativa^{15,16}. Con el fin de evitar tales inconvenientes en la última sección de este artículo presentamos los principios de la Promoción de la Salud¹⁷ como base orientativa para un proceso de integración sistémica de la participación social en las estrategias de intervención nutricional, tanto a nivel individual como poblacional. Esta integración favorece un alineamiento dialéctico entre una visión panorámica de los procesos globales asociados a la transición nutricional acelerada y la configuración local de las prácticas participativas de los individuos y

comunidades en los programas de Nutrición Comunitaria.

LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL ACELERADA EN UN PERIODO DE GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA

La coexistencia de problemas de nutrición y salud pública de naturaleza contradictoria identificada en el seno de las sociedades modernas, comparte su centro de interés con los procesos asociados a la *transición nutricional*. Este término se utiliza habitualmente para describir los cambios históricos en los patrones alimentarios, la actividad física, la salud y el estado nutricional de las poblaciones^{1,2,18}. Tradicionalmente, problemas nutricionales diametralmente opuestos, como la desnutrición y la obesidad, han aparecido en sectores poblacionales bien diferenciados. Así, las regiones económicamente favorecidas presentaban problemas propios del exceso alimentario tales como el sobrepeso y la obesidad, mientras que las regiones económicamente desfavorecidas sufrían de inseguridad alimentaria y desnutrición. Sin embargo, trabajos recientes indican que los cambios en los patrones alimentarios asociados a la transición nutricional contemporánea son tan drásticos y aparecen a tal velocidad que tanto los problemas de malnutrición por defecto como por exceso coexisten simultáneamente en una misma región geopolítica¹⁹⁻²⁴ o incluso en el seno de un mismo hogar^{9,11}.

La importancia de este alarmante fenómeno radica en que parece extenderse prácticamente a todas las regiones del planeta, independientemente del nivel de desarrollo de éstas^{6,7,25} debido a las dinámicas extremadamente expansionistas de la globalización económica. Sería probablemente demasiado simplista pensar que estos episodios paradójicos se distribuyen siguiendo los patrones clásicos de diferenciación establecidos habitualmente entre

el norte y el sur, o entre los países desarrollados y aquéllos en vías de desarrollo. Así, los procesos de esta transición nutricional globalizada, anormalmente acelerada y relacionados con la coexistencia de problemas nutricionales de naturaleza contradictoria se observan hoy en día en regiones muy diversas. Podemos distinguir consecuentemente la aparición de este fenómeno en América Latina^{26,27}, en el seno de comunidades aborígenes de América del Norte^{28,29}, en ciertas regiones de África^{22,30}, en diversas zonas del continente asiático³¹⁻³², en Oceanía^{33,34} y, finalmente, en los países de la Unión Europea^{35,36}, incluido el territorio español³⁷.

El conocimiento y control de los factores asociados a los problemas inherentes a esta transición nutricional acelerada suponen un desafío de envergadura para los responsables políticos y los profesionales de la salud pública^{12,38,39}. La complejidad y la velocidad de los patrones de cambio aumentan la dificultad de adecuación de las intervenciones en materia nutricional. Muchos países que llevan luchando durante décadas contra el hambre y las carencias nutricionales deben ahora enfrentarse a la aparición brusca y acelerada de la obesidad y otras enfermedades crónicas relacionadas. Asimismo, países que apenas comienzan a controlar los problemas asociados a las enfermedades nutricionales crónicas, se encuentran súbitamente implicados en la lucha contra nuevos brotes endémicos de patologías relacionadas con las carencias nutricionales agudas. La falta de respuesta socio-sanitaria adecuada para enfrentarse al carácter complejo y dinámico de problemas nutricionales tan paradójicos podría favorecer considerablemente la aparición de importantes desigualdades de salud^{34,40}, lo que nos lleva a la necesidad de revisar atentamente las principales estrategias de intervención implementadas tradicionalmente en materia de nutrición y salud pública⁴¹.

LÍMITES DE LAS ESTRATEGIAS ADOPTADAS POR LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN COMUNITARIA EN EL SECTOR DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Históricamente, las estrategias subyacentes a las intervenciones de salud pública han seguido los patrones de una *perspectiva individualizada* del proceso de salud-enfermedad. Esta perspectiva está basada en un conjunto de actividades preventivas sobre pequeños grupos de individuos bien localizados y considerados como expuestos a una serie de factores de riesgo asociados a una enfermedad determinada. Sin embargo, a mediados de los años 80 aparece una estrategia de intervención novedosa que defiende la integración de una *perspectiva poblacional*, presentada por aquel entonces como una manera prometedora de lograr cambios profundos y duraderos en el estado de salud de las poblaciones⁴². Habiéndose demostrado los límites de la capacidad del enfoque individual para reducir, a largo plazo, la incidencia de un problema de salud o de su nivel de riesgo sobre un grupo determinado de individuos, la perspectiva poblacional adquiere un protagonismo creciente en estas dos últimas décadas en el seno de las políticas sanitarias impartidas en materia de APS.

Contrariamente a los principios de atención individualizada, el enfoque poblacional intenta controlar la amplia gama de determinantes relacionados con la incidencia de un problema de salud a nivel de toda la población. Esta perspectiva orienta sus esfuerzos sobre todos los individuos de un sector determinado de la población (en ocasiones incluso la población completa), independientemente de sus niveles de riesgo individuales, a través de estrategias globales de intervención socio-sanitaria. El objetivo de este enfoque es la disminución de la incidencia de un problema de salud en toda la población, lo que se demostraría por una mejora de la media poblacional de

sus indicadores de salud. Ejemplos de esta perspectiva son las medidas de higiene y saneamiento del medioambiente físico o los programas universales de alimentación complementaria. Recientemente, la perspectiva poblacional se extiende más allá del campo de la salud e intenta intervenir no sólo en el entorno socio-sanitario sino también en el económico, cultural y político de las poblaciones, a través de la educación para la salud de masas y la implementación de políticas sanitarias en materia de nutrición y salud pública. Este hecho sitúa esta estrategia como elemento clave de la praxis de la Nutrición Comunitaria^{43,44}.

Específicamente, en lo que concierne a los problemas de salud relacionados con la transición nutricional existente en el seno de las sociedades modernas, las estrategias de intervención en materia de Nutrición Comunitaria adoptan gradualmente una perspectiva poblacional. Se privilegian los enfoques colectivos y se actúa a nivel sistémico, es decir, sobre los grandes entornos ambientales integrados en los que todos vivimos y trabajamos⁴⁵. Este cambio supone un verdadero dilema para los profesionales de la salud que siguen priorizando los factores de riesgo individuales sobre los contextuales, debido a su formación académica y su experiencia clínica centradas en la solución de problemas a corto plazo. De esta manera, en un esfuerzo por adoptar un enfoque poblacional a nivel de APS, los responsables de Nutrición Comunitaria intentan basar sus intervenciones en inferencias equívocas sobre el estado nutricional de los individuos a partir de estudios epidemiológicos de tipo poblacional, fenómeno conocido como *falacia ecológica*⁴⁶.

Un ejemplo característico es el de la Nutrición Comunitaria en Chile, clásicamente considerado como un símbolo del éxito de los programas de alimentación complementaria a nivel poblacional. De hecho, existe una clara asociación entre la

presencia de estas masivas y costosas intervenciones y el descenso de las tasas de incidencia de la desnutrición en todos los grupos poblacionales, especialmente en niños. No obstante, desde la última década esta relación ha desaparecido mientras que la correlación entre la implementación de estos programas y el aumento de la prevalencia de la obesidad ha aumentado considerablemente¹⁴. Se trata probablemente de una consecuencia crítica y exacerbada de la falacia ecológica que da lugar a lo que Rose denominaría como *paradoja de la prevención*⁴⁷, en la que la puesta en marcha de una serie de estrategias poblacionales demuestra la existencia de un efecto paradójico que produce ciertos beneficios a nivel global, pero exiguas ventajas a nivel individual. Es más, en un contexto de transición nutricional acelerada se podría añadir que este tipo de intervenciones no sólo ofrece pocos o ningún beneficio individual sino que además fomenta considerablemente la aparición de efectos indeseables¹². En el caso chileno, la paradoja de la prevención sugiere que cuando los suplementos alimenticios son distribuidos masivamente al conjunto global de niños de una población y no solamente a aquéllos que sufren problemas de carencias alimentarias puede llegar a generarse un brote significativo de sobrepeso y de obesidad infantil¹³.

Debido a la paradójica naturaleza de los problemas asociados a la transición nutricional acelerada, quizás deberíamos plantearnos si bajo ciertas condiciones los factores intrafamiliares e individuales no serían, al menos, tan importantes como los factores contextuales^{10,12}. De esta manera, las diversas estrategias de intervención nutricional, tanto aquellas basadas en perspectivas individuales como las que adoptan enfoques poblacionales, no deberían ser consideradas como antagónicas, sino más bien complementarias, ya que las fuerzas de una vienen a reforzar las debilidades de la otra y viceversa. De hecho, allí donde las intervenciones poblacionales fracasan en la solución

de problemas específicos y frecuentemente urgentes, la atención individualizada podría ayudarnos a establecer una serie de pautas orientadas a las necesidades concretas a nivel intrafamiliar de ciertos sectores de la población. Por parte de los responsables políticos y los profesionales de la salud pública esto exige el reconocimiento de la participación de los individuos y comunidades como actores clave en los procesos de reorganización de los servicios y sistemas de APS, así como en las estrategias de planificación, implementación y evaluación de los programas de Nutrición Comunitaria⁴⁸.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL COMO ELEMENTO CLAVE DE LAS ESTRATEGIAS DE NUTRICIÓN COMUNITARIA

La cuestión de la participación aparece oficialmente en el ámbito de la salud pública a partir de los años 70, en la Primera Conferencia Internacional sobre la APS celebrada en Alma-Ata⁴⁹. Se la denomina *participación comunitaria* y se define en un principio como el proceso a través del cual los miembros de una comunidad, tanto a nivel individual como colectivo y a través de diferentes formas de compromiso: a) desarrollan la capacidad para asumir una responsabilidad plena en la estimación de sus problemas y necesidades en materia de salud; b) planifican la implementación de sus propias estrategias de intervención comunitaria; c) crean y mantienen organismos para apoyar estas estrategias; y d) evalúan los efectos de sus intervenciones procediendo a los ajustes necesarios a través de un proceso dinámico y continuo de aprendizaje colectivo^{50,51}.

Con el tiempo, la participación comunitaria forma parte gradualmente del discurso contemporáneo de los movimientos sociales en materia de salud, adquiriendo la denominación de *participación social*. Este discurso examina las interacciones mutuas

entre la sociedad civil y la administración pública, lo que ofrece nuevas vías de análisis sobre las intersecciones entre las movilizaciones populares de tipo participativo y la acción gubernamental en todos los sectores de interés público⁵²⁻⁵⁵, incluida la salud pública nutricional^{16,39}. De esta manera, la participación social es considerada hoy día como uno de los pilares esenciales de las estrategias de intervención en el campo de la Nutrición Comunitaria^{44,48}. La complejidad del contexto sociopolítico de las sociedades modernas, así como la aparición de problemas nutricionales relacionados con la instauración de un proceso universal de transición nutricional particularmente acelerado, reafirma la necesidad de abrir espacios intersectoriales de diálogo y negociación entre los actores sociales implicados. Esto ofrecería un papel relevante a los sectores de la población tradicionalmente excluidos en los procesos de toma de decisiones^{16,43,44,48,56-58}.

El análisis de las prácticas participativas revela que los beneficios de la Nutrición Comunitaria aumentan si las dinámicas participativas movilizan a los actores relacionados con la cuestión de interés, si estos actores desarrollan actividades de tipo político (y no sólo instrumental), si participan en los procesos de toma de decisiones (más allá de la simple consulta) y, finalmente, si las concertaciones intersectoriales están orientadas hacia una reducción de las relaciones de subordinación que resultan de los desequilibrios en las relaciones de poder^{15,16,44,48,59,60}. La Nutrición Comunitaria se presenta así como un campo transdisciplinar e intersectorial, capaz de abarcar la complejidad de los procesos asociados a la transición nutricional acelerada en la medida que asume y reconoce la importancia de la participación social, una práctica que favorece la diversificación de las fuentes de información ante situaciones de incertidumbre y que acepta la multiplicidad de perspectivas, individuales y poblacionales, necesarias para hacer frente a la naturaleza

paradójica de los complejos problemas nutricionales contemporáneos^{12,41,58}.

Sin embargo, no son pocos los factores contextuales que impiden una integración multidimensional de los procesos participativos en las estrategias de planificación, implementación y evaluación de los programas de Nutrición Comunitaria^{15,16} capaz de ajustar simultáneamente perspectivas individuales y poblacionales. A pesar de que la retórica de la participación puede ser utilizada como una estrategia política de progreso y transformación de las arenas políticas públicas^{61,62}, todo parece indicar que la participación de las comunidades se desarrolla actualmente en un contexto político de conflicto en el que se confrontan solamente los intereses de unos pocos actores⁶³⁻⁶⁵. Así, ampliamente influenciada por las dinámicas expansionistas de la globalización económica, la ideología participativa contemporánea se adhiere con frecuencia a un discurso fervientemente utilitarista, promovido por ciertas instituciones financieras internacionales que prefieren identificar solamente aquellos problemas que precisan soluciones técnicas y económicamente efectivas a corto plazo. Este fenómeno se desarrolla generalmente en detrimento de la emancipación local y el desarrollo social sostenible de los individuos y comunidades^{62,66,67}.

Desde esta perspectiva, la participación es concebida como un instrumento a través del cual una serie de agentes externos a las circunstancias locales invitan a las comunidades a implicarse en proyectos colectivos de implementación vertical. El fin último es legitimar sus intereses particulares y utilizar los recursos locales para compensar los costes de las intervenciones. En este caso, la participación de las comunidades locales no implica necesariamente una transformación substancial de las relaciones de poder en un contexto en el que los procesos de control social ceden su plaza a la institucionalización tecnocrática de los movimientos socia-

les. Esto podría considerarse como un obstáculo de primer orden hacia una concepción integral de los intereses locales a la hora de establecer el conjunto de estrategias socio-sanitarias en materia de nutrición y salud pública. Tal situación favorece el uso, y el abuso, de las perspectivas poblacionales de intervenciones exclusivamente colectivas que no satisfacen definitivamente las necesidades nutricionales particulares de los individuos y las familias.

UNA VISIÓN INTEGRAL DE LA NUTRICIÓN COMUNITARIA: ENTRE LA PARTICIPACIÓN LOCAL DE LAS COMUNIDADES Y LA PROMOCIÓN GLOBAL DE LA SALUD

Ante tales retos necesitaríamos adoptar una visión sistémica a diferentes niveles de complejidad organizacional que nos permita crear un escenario en el que las dinámicas participativas proliferen integralmente^{43,44,48}, respetando al mismo tiempo las necesidades individuales locales y las tendencias poblacionales globales. Los cinco ejes de intervención propuestos por la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud¹⁷, basados en una aproximación de tipo ecológico⁶⁸, podrían servir de orientación en la búsqueda de un alineamiento razonable entre una visión panorámica de los procesos globales asociados a la transición nutricional acelerada y la integración local de las prácticas participativas de los individuos y comunidades en los programas de Nutrición Comunitaria. Asimismo pretendemos con esta propuesta señalar la importancia de la participación social con respecto a los principios de la Promoción de la Salud, ya que a la hora de implantar ciertas intervenciones concretas de Nutrición Comunitaria, la participación queda curiosamente restringida en gran medida a una serie de cambios comportamentales de individuos y familias en materia de hábitos nutricionales saludables. El resto de los niveles de intervención nutricional se cons-

tituye consecuentemente como competencia exclusiva de los responsables políticos y los profesionales en materia de nutrición y salud pública.

Según la Carta de Ottawa¹⁷ la Promoción de la Salud consiste en *proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente*. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como proceso de desarrollo sostenible trasciende la simple idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente la responsabilidad de técnicos y expertos en materia de salud pública.

De esta manera, las estrategias privilegiadas en los programas de Nutrición Comunitaria deberían ser capaces de adaptarse a las necesidades locales de los individuos y familias y a las posibilidades globales de cada país y región, fomentando la participación integral de las comunidades locales en los procesos organizacionales de interés individual y colectivo. Así, la integración de la participación social en los procesos de gestión de los programas de Nutrición Comunitaria implicaría una aproximación sistémica a cinco niveles de complejidad organizacional que exponemos en la figura 1:

1. Desarrollo de competencias individuales. Se trata de fomentar la participación de individuos y familias en los programas de educación nutricional destinados a la adquisición, por una parte, de competencias individuales en materia de nutrición y salud pública y, por otra, de aptitudes indispensables para un desarrollo personal y familiar. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control social sobre su pro-

pio estado nutricional y sobre los factores que lo influyen. Resulta esencial proporcionar los medios apropiados para que los actores implicados desarrollen las capacidades necesarias en los procesos de identificación de problemas y movilización de recursos^{43,69,70}. Esto facilitará la participación activa y reflexiva de los individuos y familias en la puesta en marcha y desarrollo de intervenciones en materia de Nutrición Comunitaria a nivel escolar, en los hogares y en el ámbito laboral, entre otros^{58,71}.

2. Refuerzo de la acción colectiva. Se promueve en esta sección la participación efectiva y concreta de los colectivos comunitarios en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la puesta en marcha y desarrollo de las estrategias de planificación, implementación y evaluación de los programas de Nutrición Comunitaria^{60,72,73}. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, orientando las dinámicas participativas hacia la emancipación individual y colectiva, el desarrollo social sostenible y en definitiva, la transformación profunda de las condiciones locales de coexistencia^{16,57,74,75}. Este proceso emancipador y transformativo promueve el uso de los recursos humanos, financieros y materiales con que cuentan los individuos y familias para fomentar la autonomía y el control social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación de las comunidades en materia de nutrición y salud pública^{44,48}.

3. Creación de ambientes favorables.

Los lazos que de forma inextricable unen al individuo y su entorno constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la nutrición y la salud pública. La conservación de los recursos locales en todo el mundo es una responsabilidad social, de la misma forma que el modo en que la sociedad organiza sus instituciones debe contribuir a la creación de un entorno que facilite la participación de las comunidades en los procesos de interés individual y colectivo⁷⁶.

⁷⁸. La aplicación de este eje de la Promoción de la Salud a los programas de Nutrición Comunitaria impulsaría el desarrollo de enfoques participativos orientados a la estimación sistemática del impacto que los cambios del entorno no sólo físico, sino también económico, político, laboral y cultural, producen en los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los individuos y familias⁷⁹⁻⁸². Dicha estimación implicaría el compromiso cívico en la puesta en marcha y desarrollo de las estrategias necesarias para que esos cambios se tornen a favor de los intereses locales de los actores implicados⁸³⁻⁸⁵.

4. Reorientación de los servicios y sistemas de salud.

La responsabilidad a este nivel la comparten los actores asociados a la seguridad alimentaria y nutricional a diferentes niveles de intervención, tales como individuos y familias, grupos comunitarios, equipos profesionales, cuadros directivos, pequeñas y medianas empresas y representantes políticos, que deben trabajar conjuntamente en los procesos de reorganización de los servicios y sistemas de la APS^{69,70,86-88}. Este proceso de reorientación de servicios fomenta la participación social no sólo en la planificación e implementación de programas de Nutrición Comunitaria, sino también en la evaluación de los mismos⁸⁹⁻⁹³, lo que exige un cambio de actitud profesional con respecto a una participación más democrática en las estrategias de descentralización de los servicios y sistemas de APS⁹⁴⁻⁹⁶.

5. Elaboración de políticas en materia salud pública.

Este eje de intervención fomenta la responsabilización social en la elaboración e implementación de las políticas nutricionales a todos los niveles sociales. Esto favorece la integración de la multiplicidad de perspectivas individuales y poblacionales en la configuración de la legislación, del sistema tributario y de las estrategias organizacionales⁹⁷. La participación social en las estrategias de concerta-

ción intersectorial contribuye a asegurar la utilización equitativa de bienes y servicios a través de los programas de Nutrición Comunitaria. Se identifican y eliminan asimismo los obstáculos legislativos que impidan la implicación ciudadana en la puesta en marcha y desarrollo de políticas nutricionales basadas en la articulación social entre las tendencias globales de tipo económico y las necesidades locales en materia de seguridad alimentaria^{76,98-100}.

CONCLUSIÓN

Debido a las dinámicas expansionistas de la globalización económica, la transición nutricional acelerada favorece la aparición a escala planetaria de problemas nutricionales diametralmente opuestos en unidades geopolíticas cada vez más específicas. Así, los hogares urbanos modernos se convierten en escenarios sociales de complejos procesos manifiestamente paradójicos, no sólo en lo que a enfermedades nutricionales de naturaleza contradictoria se refiere, sino también en cuanto a la articulación social entre una serie de fenómenos globales y un conjunto de prácticas locales. Esto supone un auténtico desafío para los responsables políticos y profesionales de la Salud Pública, que han adoptado gradualmente el uso de las perspectivas poblacionales en el seno de las intervenciones implementadas en materia de Nutrición Comunitaria, lo que desvirtúa las perspectivas orientadas a los intereses particulares de individuos y familias.

La participación social aparece entonces como una dinámica interesante que nos permite la contemplación simultánea de las dos estrategias de intervención adoptadas tradicionalmente en materia de nutrición y salud pública, la perspectiva individual y la perspectiva poblacional. Dado el carácter universal de los problemas nutricionales emergentes en las sociedades modernas, se observa una necesidad creciente de establecer espacios intersectoriales de negociación y diálogo

en los que los programas de Nutrición Comunitaria puedan confrontar la complejidad de los procesos asociados a la transición nutricional acelerada. Sin embargo, como práctica social que es, la participación no está exenta de las presiones contextuales que favorecen el desarrollo de una cierta dimensión utilitarista de las intervenciones. La dimensión emancipadora y transformativa de la participación social queda relegada a un segundo plano, mientras que las dinámicas de control social deben pasar el filtro de un tedioso proceso de institucionalización tecnocrática de los movimientos sociales. Esto constituye sin lugar a dudas un auténtico obstáculo a la contribución potencial que las prácticas participativas pueden realizar en el campo de la Nutrición Comunitaria.

En este contexto, los cinco ejes de intervención presentados en Ottawa durante la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, constituyen un marco interesante para guiar nuestra proposición de una integración más democrática de la participación social en los procesos de planificación, implementación y evaluación de los programas de Nutrición Comunitaria. La Carta de Ottawa refuerza el papel de los individuos, las familias y las comunidades como la principal fuente de salud y desarrollo de las sociedades modernas. Los diferentes grupos y sectores sociales se convierten en portavoces fundamentales en materia de nutrición y salud pública, siendo imprescindibles en los procesos de negociación y de compromiso político necesarios para seguir avanzando en la aplicación de estrategias individuales y poblacionales. Esta acción intersectorial integrada a varios niveles de complejidad organizacional presenta una serie de ventajas. Por un lado, fomenta la inversión en políticas públicas e infraestructuras sanitarias sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud nutricional y el bienestar social, así como también permite el desarrollo de capacidades en materia de liderazgo y transferencia de conocimientos entre los

diversos sectores sociales. Por otro lado favorece el establecimiento de leyes y normas reguladoras que garantizan un alto grado de protección frente a posibles desigualdades sociales, así como también promueve la asociación y las alianzas entre los diversos actores sociales para impulsar el desarrollo de las poblaciones.

Este proceso emancipador favorecería asimismo la adopción conjunta de las perspectivas de intervención –tanto individuales como poblacionales–, utilizadas tradicionalmente en los programas de Nutrición Comunitaria. La aproximación sistémica ofrecida por la Carta de Ottawa constituye definitivamente un potente medio de orientación que nos facilita la puesta en marcha y desarrollo de una serie de estrategias participativas capaces de hacer frente al reto que supone la confrontación paradójica entre las necesidades nutricionales locales de individuos y familias y las tendencias globales de expansión económica en un contexto de transición nutricional acelerada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Popkin BM. Understanding the nutrition transition. *Urban Health Newsl.* 1996; 30:3-19.
2. Popkin BM. The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *Public Health Nutr.* 1998; 1: 5-21.
3. Adair LS , Popkin BM. Are child eating patterns being transformed globally? *Obes Res.* 2005; 13: 1281-99.
4. Hawkes C. Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Global Health.* 2006; 2: 4.
5. Popkin BM. Urbanization, Lifestyle Changes and the Nutrition Transition. *World Dev.* 1999; 27: 1905-16.
6. Popkin BM, Richards MK , Monteiro CA. Stunting is associated with overweight in children of four nations that are undergoing the nutrition transition. *J Nutr.* 1996; 126: 3009-16.
7. Wang Y, Monteiro C , Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr.* 2002; 75: 971-7.
8. Chopra M, Galbraith S , Darnton-Hill I. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bull World Health Organ.* 2002; 80: 952-8.
9. Doak CM, Adair LS, Bentley M, Monteiro C y Popkin BM. The dual burden household and the nutrition transition paradox. *Int J Obes.* 2005; 29: 129-36.
10. Garrett JL , Ruel MT. Stunted child-overweight mother pairs: prevalence and association with economic development and urbanization. *Food Nutr Bul.* 2005; 26: 209-21.
11. Doak C, Adair L, Bentley M, Fengying Z y Popkin B. The underweight/overweight household: an exploration of household sociodemographic and dietary factors in China. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 215-21.
12. Kapoor SK , Anand K. Nutritional transition: a public health challenge in developing countries. *J Epidemiol Community Health.* 2002; 56: 804-5.
13. Uauy R, Albala C , Kain J. Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight. *J Nutr.* 2001; 131: 893S-9.
14. Uauy R , Kain J. The epidemiological transition: need to incorporate obesity prevention into nutrition programmes. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 223-9.
15. Edward HG , Evers S. Benefits and barriers associated with participation in food programs in three low-income Ontario communities. *Can J Diet Pract Res.* 2001; 62: 76-81.
16. Garcia AC , Henry CJ. Community Participation in Nutrition Communication: Models and Linkage Systems for Management. *Can J Diet Pract Res.* 2000; 61: 60-6.
17. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
18. Popkin BM. The nutrition transition: an overview of world patterns of change. *Nutr Rev.* 2004; 62: S140-3.
19. Delisle HF. Poverty: the double burden of malnutrition in mothers and the intergenerational impact. *Ann N Y Acad Sci.* 2008; 1136: 172-84.

20. Florêncio TM, Ferreira HdS, França APTd, Cavalcante JC y Sawaya AL. Obesity and undernutrition in a very-low-income population in the city of Maceió, northeastern Brazil. *J Nutr.* 2007; 86: 277-83.
21. Khan NC, Khoi HH. Double burden of malnutrition: the Vietnamese perspective. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2008; 17 Suppl 1: 116-8.
22. Luke A, Cooper RS, Prewitt TE, Adeyemo AA y Forrester TE. Nutritional consequences of the African diaspora. *Annu Rev Nutr.* 2001; 21: 47-71.
23. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. The burden of disease from undernutrition and overnutrition in countries undergoing rapid nutrition transition: a view from Brazil. *Am J Public Health.* 2004; 94: 433-4.
24. Uauy R, Kain J, Mericq V, Rojas J y Corvalan C. Nutrition, child growth, and chronic disease prevention. *Ann Med.* 2008; 40: 11-20.
25. Doak CM, Adair LS, Monteiro C y Popkin BM. Overweight and Underweight Coexist within Households in Brazil, China and Russia. *J Nutr.* 2000; 130: 2965-71.
26. Albala C, Vio F, Kain J y Uauy R. Nutrition transition in Latin America: the case of Chile. *Nutr Rev.* 2001; 59: 170-6.
27. Rivera JA, Barquera S, Gonzalez-Cossio T, Olaiz G y Sepulveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr Rev.* 2004; 62: S149-57.
28. Kuhnlein HV, Receveur O, Soueida R y Egeland GM. Arctic indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *J Nutr.* 2004; 134: 1447-53.
29. Story M, Strauss KF, Zepher E y Broussard BA. Nutritional concerns in American Indian and Alaska Native children: transitions and future directions. *J Am Diet Assoc.* 1998; 98: 170-6.
30. Raschke V, Cheema B. Colonisation, the New World Order, and the eradication of traditional food habits in East Africa: historical perspective on the nutrition transition. *Public Public Health Nutr.* 2008; 11: 662-74.
31. Du S, Lu B, Zhai F y Popkin BM. A new stage of the nutrition transition in China. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 169-74.
32. Griffiths PL, Bentley ME. The nutrition transition is underway in India. *J Nutr.* 2001; 131: 2692-700.
33. Lee A. The transition of Australian aboriginal diet and nutritional health. *World Rev Nutr Diet.* 1996; 79: 1-52.
34. Smith MB, Signal L. Global influences on milk purchasing in New Zealand - implications for health and inequalities. *Global Health.* 2009; 5: 1.
35. Tessier S, Gerber M. Factors determining the nutrition transition in two Mediterranean islands: Sardinia and Malta. *Public Health Nutr.* 2005; 8: 1286-92.
36. Ulijaszek SJ, Koziel S. Nutrition transition and dietary energy availability in Eastern Europe after the collapse of communism. *Econ Hum Biol.* 2007; 5: 359-69.
37. Moreno LA, Sarria A, Popkin BM. The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country. *Eur J Clin Nutr.* 2002; 56: 992-1003.
38. Bengoa JM. Food transitions in the 20th-21st century. *Public Health Nutr.* 2001; 4: 1425-7.
39. Suárez-Herrera JC, Delisle H. Globalización, transición nutricional y desarrollo social de los países en vías de desarrollo. In: Serra L, Aranceta J, Mataix J, editors. *Nutrición y Salud Pública* (2a edición) Barcelona: Masson; 2006. pp. 801-15.
40. Frenk J, Bobadilla JL, Sepuulveda J y Cervantes ML. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy Plan.* 1989; 4: 29-39.
41. Lang T. The new globalisation, food and health: is public health receiving its due emphasis? *J Epidemiol Community Health.* 1998; 52: 538-9.
42. Rose G. Sick Individuals and Sick Populations. *Int J Epidemiol.* 1985; 14: 32-8.
43. Aranceta J. Community nutrition. *Eur J Clin Nutr.* 2003; 57: S79-S81.
44. Serra-Majem L. Las mejores prácticas en Nutrición Comunitaria: retos y compromisos. *Arch Latinoam Nutr.* 2004; 54: 40-3.
45. Aranceta J, editor. *Nutrición Comunitaria*. 2a edición. Barcelona: Masson; 2001.
46. Piantadosi S, Byar DP, Green SB. The ecological fallacy. *Am J Epidemiol.* 1988; 127: 893-904.
47. Rose G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.

48. Suárez-Herrera JC. Community nutrition programs, globalization and sustainable development. *Br J Nutr.* 2006; 96 Suppl 1: S23-S27.
49. OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: Oficina Regional de la OMS para Europa; 1978.
50. Rifkin SB. Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Trop.* 1996; 61: 79-92.
51. Zakus J , Lysack C. Review article. Revisiting community participation. *Health Policy Plan.* 1998; 13: 1-12.
52. Arévalo DA. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Rev Salud Pública (Bogota).* 2004; 6: 107-.
53. Contandriopoulos D, Denis J-L, Langley A y Valette A. Governance Structures and Political Processes in a Public System: Lessons from Quebec. *Public Adm.* 2004; 82: 627-55.
54. Côté G , Gagnon C. Gouvernance environnementale et participation citoyenne : pratique ou utopie? Le cas de l'implantation du mégaprojet industriel Alcan (Alma). *Nouv Prat Soc.* 2005; 18: 57-72.
55. Jacobi PR. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. *Cien Saude Colet.* 2002; 7: 443-54.
56. de Haen H , Thompson B. Food security in a world without borders. *Forum Nutr.* 2003; 56: 375-9.
57. Moron C , Mazar I. Factores de éxito de los programas de seguridad alimentaria y nutrición. *Arch Latinoam Nutr.* 2004; 54: 20-3.
58. Pekka P, Pirjo P , Ulla U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme—experiences from Finland. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 245-51.
59. Jones GW. Role of civil society, people's participation and gender equity in food security. Thailand: *Asian Forum Newsl.* 1996 May-Sep.
60. Devadas RP. Activating the community for nutritional improvement. *Food Nutr Bull.* 2002; 23: 119-32.
61. Ledwith M. Community work as critical pedagogy: reenvisioning Freire and Gramsci. *Community Dev J.* 2001; 36: 171-82.
62. Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy Plan.* 2001; 16: 221-30.
63. Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RAd, Santana AD, Matta Gd y Gomes MCPA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *Physis: Rev de Saúde Coletiva.* 2004; 14: 15-39.
64. Melucci A , Avritzer L. Complexity, cultural pluralism and democracy: collective action in the public space. *Soc Sci Inf.* 2000; 39: 507-27.
65. White S. Depoliticising development: the uses and abuses of participation. *Dev Pract.* 1996; 6: 6-15.
66. Zajac G , Bruhn JG. The Moral Context of Participation in Planned Organizational Change and Learning. *Adm Soc.* 1999; 30: 706-33.
67. Cooke B , Kothari U. Participation: The New Tyranny? London: Zed Books; 2002.
68. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A y Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.* 1988; 15: 351-77.
69. Coitinho D, Monteiro CA , Popkin BM. What Brazil is doing to promote healthy diets and active lifestyles. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 263-7.
70. Webb K, Hawe P , Noort M. Collaborative intersectoral approaches to nutrition in a community on the urban fringe. *Health Educ Behav.* 2001; 28: 306-19.
71. Davis BA. Community nutrition in Canada: an overview. *J Can Diet Assoc.* 1989; 50: 85-8.
72. Keller HH, Hedley MR, Wong SS, Vanderkooy P, Tindale J y Norris J. Community organized food and nutrition education: participation, attitudes and nutritional risk in seniors. *J Nutr Health Aging.* 2006; 10: 15-20.
73. Kim HJ. Healthy City Kwachon 21 Project: a community health promotion programme in Korea. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2000; 12 Suppl: S67-70.
74. Martinez-Salgado H, Martinez-Andrade GO, Contreras-Perez J, Saucedo-Arteaga G, Huerta-Perez L, Ramos RI, et al. Experiencias en participación comunitaria para promover la educación en nutrición. *Salud Publica Mex.* 1993; 35: 673-81.
75. Mueses De Molina C. Educación popular en salud y nutrición: revisión de bibliografía. *Estud Soc.* 1993; 26: 83-108.

76. Caraher M , Coveney J. Public health nutrition and food policy. *Public Health Nutr.* 2004; 7: 591-8.
77. Hoelscher DM, Evans A, Parcel GS y Kelder SH. Designing effective nutrition interventions for adolescents. *J Am Diet Assoc.* 2002; 102: S52-63.
78. Smitasiri S. A perspective on nutrition communication in developing countries: from theory to practice. *Forum Nutr.* 2003; 56: 128-9.
79. Caballero B , Rubinstein S. Environmental factors affecting nutritional status in urban areas of developing countries. *Arch Latinoam Nutr.* 1997; 47: 3-8.
80. Gregson J, Foerster SB, Orr R, Jones L, Benedict J, Clarke B, et al. System, environmental, and policy changes: using the social-ecological model as a framework for evaluating nutrition education and social marketing programs with low-income audiences. *J Nutr Educ.* 2001; 33 Suppl 1: S4-15.
81. Hawkes C. The role of foreign direct investment in the nutrition transition. *Public Health Nutr.* 2005; 8: 357-65.
82. Rayner G, Hawkes C, Lang T y Bello W. Trade liberalization and the diet transition: a public health response. *Health Promot Int.* 2006; 21 Suppl 1: 67-74.
83. Dwyer JJ, Vavaroutsos D, Lutterman A, Hier M, Hughes M y Makarchuk MJ. Empowerment evaluation in redesigning a public health unit nutrition program. *Canadian Can J Diet Pract Res.* 2006; 67: 36-40.
84. Glanz K , Yaroch AL. Strategies for increasing fruit and vegetable intake in grocery stores and communities: policy, pricing, and environmental change. *Prev Med.* 2004; 39 Suppl 2: S75-80.
85. Lindsay AC. Integrating quantitative and qualitative methods to assess the impact of child survival programs in developing countries: the case of a program evaluation in Ceara, Northeast Brazil. *Health Educ Behav.* 2002; 29: 570-84.
86. Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. *Public Health Nutr.* 2002; 5: 231-7.
87. Rideout K, Seed B , Ostry A. Putting food on the public health table: Making food security relevant to regional health authorities. *Can J Public Health.* 2006; 97: 233-6.
88. Pines JM. National nutrition planning: lessons of experience. *Food Policy.* 1982; 7: 275-301.
89. Bisset SL, Potvin L, Daniel M y Paquette M. Assessing the impact of the primary school-based nutrition intervention Petits cuisistots-parents en reseau. *Can J Public Health.* 2008; 99: 107-13.
90. Pelletier DL , Shrimpton R. The role of information in the planning, management and evaluation of community nutrition programmes. *Health Policy Plan.* 1994; 9: 171-84.
91. Smith A, Coveney J, Carter P, Jolley G y Laris P. The Eat Well SA project: an evaluation-based case study in building capacity for promoting healthy eating. *Health Promot Int.* 2004; 19: 327-34.
92. Vio F, Albala C , Kain J. Nutrition transition in Chile revisited: mid-term evaluation of obesity goals for the period 2000-2010. *Public Health Nutr.* 2008; 11: 405-12.
93. Viola A. Evaluation of the Outreach School Garden Project: building the capacity of two Indigenous remote school communities to integrate nutrition into the core school curriculum. *Health Promot J Austr.* 2006; 17: 233-9.
94. Kaufman M. Preparing public health nutritionists to meet the future. *J Am Diet Assoc.* 1986; 86:511-4.
95. Anderson JV, Palombo RD , Earl R. Position of the American Dietetic Association: the role of nutrition in health promotion and disease prevention programs. *J Am Diet Assoc.* 1998; 98: 205-8.
96. Shoo R. Training primary health care workers to foster community participation. *World Health Forum.* 1991; 12: 55-62.
97. Johns T , Eyzaguirre PB. Linking biodiversity, diet and health in policy and practice. *Proc Nutr Soc.* 2006; 65: 182-9.
98. Garrett JL , Ruel MT. Stunted Child-Overweight Mother Pairs: An Emerging Policy Concern. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2003 April 2003.
99. Lobo F. Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81: 437-41.
100. Serra-Majem L , Aranceta J. Nutritional objectives for the Spanish population. Consensus from the Spanish Society of Community Nutrition. *Public Health Nutr.* 2001; 4: 1409-13.

