

**DOCUMENT MARC 2025 DEL PROGRAMA DE
PREVENCIÓ I ABORDATGE DE L'OBESITAT
INFANTIL A CATALUNYA (POICAT)**

Edició 2025



Generalitat de Catalunya

ÍNDEX

RESUM.....	2
1. EL PUNT DE PARTIDA.....	3
Les dades	3
Les causes de les causes.....	4
El canvi de narrativa	5
L'acció des de la comunitat.....	6
2. L'ESSÈNCIA DEL POICAT.....	8
3. OBJECTIUS	10
Objectiu meta.....	10
Objectius generals i específics.....	10
4. ESTRATÈGIES	11
a. Els mil dies d'or.....	11
b. Estigma i assetjament per raó de pes i/o morfologia corporal	12
5. MARC CONCEPTUAL.....	14
6. GLOSSARI.....	15
7. BIBLIOGRAFIA	19

RESUM

El Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT), impulsat des de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), té per objectiu promoure millores en la prevenció i l'abordatge de l'obesitat infantil, un important problema de salut pública a escala mundial, estatal i català.

L'excés de pes en infants és més prevalent en famílies amb un nivell socioeconòmic més desafavorit, ja que els diferents determinants socials i comercials de la salut i la confluència dels diferents eixos de desigualtat com el gènere, el nivell socioeconòmic i l'origen ètnic, influeixen en l'obesitat. A Catalunya els mapes d'obesitat i pobresa infantils són superposables; la qual cosa mostra com els diferents eixos de desigualtat en salut configuren formes de discriminació i iniquitat.

La consideració en els darrers anys de l'obesitat com a malaltia crònica, complexa i multifactorial, està comportant un canvi en la prevenció i l'abordatge d'aquesta. Cal transformar la narrativa al voltant de l'obesitat infantil. Això vol dir deixar d'emfatitzar en les conductes individuals que culpabilitzen i estigmatitzen qui la pateix i apostar per l'acció i participació comunitàries per millorar les condicions de vida, així com promoure el benestar emocional dels infants amb excés de pes i les seves famílies.

Per tot això, el POICAT es presenta com una oportunitat per poder protegir i acompanyar els infants amb excés de pes i esdevenir un motor de canvi equitatiu i sostenible per promoure'n el benestar i garantir-ne els drets com a infants.

Aquest 2025, el POICAT proposa dues línies estratègiques de treball transversals: els *1000 dies d'or* -des de la concepció fins als dos anys de vida de l'infant-, aquest període de temps és una oportunitat per incidir en el metabolisme de l'infant i poder prevenir l'excés de pes. I l'abordatge i la prevenció de l'estigma i l'assetjament escolar per raó de pes i/o morfologia corporal.

1. EL PUNT DE PARTIDA

Les dades

L'obesitat és una malaltia crònica, complexa i multifactorial que constitueix un important problema de salut pública a escala mundial, tant pel nombre de població afectada com per la seva relació amb l'aparició o agreujament d'altres problemes de salut crònics, com ara, malalties cardiovasculars, diabetis tipus 2, determinats tipus de càncer, entre d'altres. Aquestes malalties provoquen una disminució tant de la qualitat com de l'esperança de vida de les persones afectades. Al mateix temps, l'estigmatització que pateixen les persones afectades en perjudica el benestar físic i emocional. En el cas dels infants, l'obesitat els pot afectar profundament la salut física, les relacions socials, el benestar emocional i l'autoestima (1).

En la població infantil i juvenil aquest fet és més preocupant, si es tenen en compte els seus efectes en la salut actual de l'infant o jove i la constatació que l'obesitat infantil és un important predictor de l'obesitat en la vida adulta (2,3).

Per tot això, la prevenció de l'excés de pes, especialment des de la infància, és reconeguda universalment com el millor enfocament per revertir l'augment de la prevalença mundial de l'obesitat (1).

De fet, l'any 2022 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) estimava que 37 milions d'infants menors de 5 anys i 390 milions entre 5 i 19 anys presentaven excés de pes (incloent-hi l'obesitat) al món. En les últimes dècades, la prevalença d'infants i adolescents de 5 a 19 anys amb excés de pes mostra una tendència creixent. Entre els anys 1990 i 2022, en aquests grups d'edat s'ha observat un augment significatiu del 8% al 20%, en el cas del sobrepès, i del 2% a un 8%, en el cas de l'obesitat (1).

En l'àmbit estatal, l'informe «Alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad» (4) mostra que els infants de 6 a 9 anys presenten un 20,2% de sobrepès, i un 15,9% d'obesitat, sent l'obesitat més freqüent en nens (17,3%) que en nenes (14,3%). A Catalunya, segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (5), un 21,3% dels nens i nenes entre 6 i 12 anys presenta sobrepès, i un 12,6% obesitat, sent en nens d'un 16,5% i en nenes d'un 8,3%.

Les prevalences d'obesitat i sobrepès en infants són més elevades en entorns familiars amb menys ingressos: s'observa una prevalença d'excés de pes del 46,7% en famílies amb ingressos inferiors a 18.000 euros, respecte a un 29,2% en famílies amb ingressos superiors a 30.000 euros (4).

A Catalunya també s'observen diferències en les prevalences d'obesitat infantil pel que fa a la classe social: un 16,8% en la classe social menys afavorida, respecte d'un 7,9% en la classe social més afavorida. I segons el nivell d'estudis dels pares i mares, un 17,7% de nens i nenes amb pares i mares sense estudis o amb estudis primaris presenta obesitat, respecte d'un 6,9% de nens i nenes amb progenitors amb estudis universitaris (5).

Així, doncs, el grup d'infants amb un nivell socioeconòmic més desafavorit té més probabilitat de viure amb obesitat. Això és degut al fet que les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones es distribueixen de forma desigual en funció de la seva classe social, així com d'altres eixos de desigualtat com són el gènere, l'origen, el territori, la diversitat funcional o l'edat, entre d'altres (6). Aquests eixos estan relacionats entre si i configuren formes concretes de discriminació i iniquitat, també en salut. És el que es coneix com a interseccionalitat.

Les causes de les causes

Molts dels problemes de salut més rellevants estan subjectes a la influència dels determinants socials de la salut, i l'obesitat no n'és una excepció (7). Les condicions de vida de les persones, la comunitat i l'entorn (barri, escola, família...) així com el context (físic i socioeconòmic) són les que determinen les conductes i estils de vida (8). S'ha vist que el 80% dels determinants socials de la salut es troba fora del sistema sanitari, i que els determinants comercials de la salut juguen un paper clau incidint de forma perjudicial en la salut de la població (8–10). És a dir, la salut de les persones depèn de la interacció de diversos factors individuals, ambientals, psicosocials i econòmics. Tot plegat ens ajuda a entendre les pronunciades desigualtats socials en salut que veiem en relació amb l'obesitat infantil.

L'obesitat és un trastorn complex determinat per molts factors genètics, no genètics i ambientals: lloc d'origen, entorn urbà, estatus socioeconòmic, sistema endocrí, malalties congènites, diabetis gestacional, adipositat abdominal de la mare, absència de lactància materna, ús excessiu de pantalles, hores de son, composició de la flora intestinal, hàbits alimentaris, inactivitat física, etcètera, que interactuen entre si (11–13). L'entorn actual en què vivim agreuja les vulnerabilitats biològiques, psicològiques, socials i econòmiques de les persones, fent més fàcil optar per aliments i comportaments poc saludables (14).

En l'actualitat, hi ha evidència sobre el nexa entre la pobresa infantil, una pitjor alimentació i un impacte negatiu en la salut i el desenvolupament dels infants. Aquesta associació repercuteix negativament en el nivell d'estudis assolit i en la capacitat laboral futura, així com en l'estat de salut en l'adulthood. Aquesta relació s'observa també en el cas de l'obesitat (1).

Actualment, a Catalunya, segons l'Enquesta de condicions de vida de l'any 2024 de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), el 34,8% dels menors de 16 anys es troba en risc de pobresa o d'exclusió social (15). Aquests infants amb menors ingressos viuen i creixen en ambients que augmenten el risc de patir obesitat, el què es coneix com a entorns o ambients obesogènics (16,17).

El canvi de narrativa

Des que, al voltant de l'any 2000, l'OMS encoratgés a combatre l'obesitat, s'han desenvolupat moltes accions dirigides a la seva prevenció, tant a escala internacional com nacional i local. Tanmateix, les dades epidemiològiques de les dues darreres dècades evidencien que els esforços i les múltiples campanyes i programes per prevenir aquesta malaltia crònica han estat, per ara, ineficaços o incapaços de revertir la tendència creixent en població infantil (11,18). Segons l'OMS, cal un abordatge comunitari, amb implicació i participació de tots els sectors o àmbits (governamental, industrial, educatiu, mitjans de comunicació, etcètera) i que treballi en xarxa amb tots els agents, les entitats, les institucions i la població (1).

En els darrers anys hem assistit a un canvi de narrativa al voltant de l'obesitat. A mesura que el diagnòstic de malaltia crònica complexa pren rellevància, es fa palesa la necessitat de disposar d'una estratègia i d'eines eficaces per a la seva prevenció i abordatge (19). Davant l'evidència de la confluència dels factors genètics, epigenètics i dels determinants socials i comercials de la salut en el desenvolupament de l'obesitat, queda clar que sense polítiques estructurals adreçades a la reducció de les desigualtats socials, la prevenció i l'abordatge actuals, basats principalment en respostes individuals que interpel·len exclusivament les conductes i els hàbits, són insuficients. Així doncs, cal apostar per intervencions globals i interdisciplinàries que permetin canvis significatius en l'entorn comunitari amb l'objectiu de millorar els determinants socials i estructurals de l'obesitat (1,20,21).

Amb tot, les persones amb obesitat, infants, joves i persones adultes, han estat responsabilitzades, i sovint culpabilitzades, de la malaltia que pateixen. Per això, l'abordatge d'aquesta malaltia ha estat un element estigmatitzador i generador de frustració tant en les persones afectades com en els professionals. L'estigma de l'obesitat s'ha revelat com un determinant de l'obesitat i pot comportar conseqüències devastadores en etapes tan sensibles com la infància i l'adolescència (22). L'estigma es troba present en diverses àrees de la vida de les persones, com ara l'àmbit sanitari, laboral, educatiu i familiar, la salut pública, els mitjans de comunicació i la societat en conjunt (23,24). Alguns estudis han posat en relleu l'existència de prejudicis entre els professionals de l'àmbit sanitari sobre la població que pateix obesitat i que hi ha aspectes, com l'ús poc acurat del llenguatge, que poden resultar especialment feridors (25).

Segons l'OMS, un 54% de persones adultes amb obesitat experimenten ser objecte d'estigma per part de companys de feina, i un 69% han tingut experiències d'estigma per part de professionals sanitaris. A més, aquest informe també destaca que els infants que presenten obesitat en edat escolar tenen un 63% més de risc de patir assetjament escolar (26).

Els mitjans de comunicació també tenen un paper clau en la perpetuació dels estereotips de les persones que pateixen obesitat i reforcen l'acceptació social dels prejudicis sobre el pes. Concretament, hi ha estudis dels Estats Units, que mostren que el 72% de les imatges dels mitjans de comunicació i el 77% dels vídeos estigmatitzen les persones amb obesitat (26).

L'acció des de la comunitat

Recentment, s'ha publicat el Dictamen del Comitè Econòmic i Social Europeu (CESE) sobre les "Mesures per reduir l'obesitat infantil". S'apunta que l'abordatge de l'obesitat infantil requereix una perspectiva de cicle de vida i, alhora, donar resposta a les seves múltiples causes. Proposa aplicar un enfocament holístic i participatiu a més de la col·laboració de tots els agents des d'administracions públiques, sector privat, mitjans de comunicació, centres educatius i sanitaris i famílies. A més, la resposta integral s'ha de construir a partir d'una perspectiva positiva i no estigmatitzant. De la mateixa manera, proposa mesures sobre els determinants macrosocials, a l'entorn familiar, a l'entorn educatiu, a espais d'oci, en el disseny d'entorns urbans saludables, a l'entorn digital i audiovisual i a l'entorn sanitari (27).

L'acció comunitària en l'àmbit local suposa la dinamització de les relacions socials de cooperació entre els membres d'un determinat espai de convivència (per exemple, el barri, les escales de veïns, els centres o projectes educatius, sanitaris, esportius, etc.) per tal de millorar el benestar quotidià de les persones (28). En aquest sentit, la participació comunitària és un camí que pot contribuir a superar els factors generadors d'exclusió social i desigualtats socials existents en un territori mitjançant l'organització entre el veïnat o els serveis i altres agents. Tot plegat implica unir mirades i esforços per donar respostes col·lectives als problemes socials. Hi participen persones de diferents perfils (personal tècnic, entitats socials del tercer sector, persones usuàries de serveis, ciutadania no organitzada) i totes es relacionen entre elles amb motiu del projecte que es planteja (28).

L'Acció Comunitària en Salut té una sèrie d'especificitats, i es defineix com l'expressió col·lectiva de la salut individual i grupal en una comunitat definida, determinada per la interacció entre les característiques individuals i familiars, el medi social, cultural i ambiental, així com els serveis de salut, els recursos comunitaris i la influència de factors socials, econòmics, polítics i globals (29,30).

D'altra banda, la salut comunitària és també el procés multisectorial de compromís i treball conjunt amb les comunitats, amb l'objectiu de millorar-ne la salut i el benestar (30).

La salut comunitària des de l'atenció primària es planteja des de tres nivells d'intervenció, nivell individual i familiar, grupal i col·lectiu. Tots tres nivells de l'orientació comunitària de l'atenció primària i comunitària aposten per un enfocament centrat en els determinants socials de la salut, l'apoderament de la persona, la corresponsabilitat dels diferents actors implicats, la importància de l'avaluació, la participació i l'equitat, amb una visió salutogènica (31,32).

Els equips d'atenció primària, que també desenvolupen una important tasca d'acció comunitària, han de connectar-se amb l'estratègia comunitària del barri i/o municipi al qual pertanyen. Les aliances i la producció col·lectiva en l'abordatge dels reptes plantejats són clau per generar respostes ad hoc a les problemàtiques, optimitzar els recursos, apoderar la ciutadania i a les professionals que l'acompanyen i a facilitar l'organització col·lectiva i la defensa dels drets de les persones (32).

2. L'ESSÈNCIA DEL POICAT

El POICAT neix de la necessitat de protecció i cura que tenen els infants a causa de la seva vulnerabilitat, tal com proclama la Convenció dels Drets de la Infància de Nacions Unides en l'article 24 segons el qual els estats membre reconeixen el dret de l'infant al gaudi del màxim nivell de salut que sigui possible. L'article 2 d'aquesta Convenció també recull el dret a la no discriminació per cap motiu (33).

A més, a Catalunya, la llei 14/2010, del 27 de maig reconeix el dret de totes les persones menors d'edat a rebre l'atenció integral necessària per al desenvolupament de llur personalitat i llur benestar en el context familiar i social, i troba el seu fonament competencial en l'article 166.3 i 4 del mateix Estatut, que atribueix a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de protecció de menors i de promoció de les famílies i de la infància (34).

El POICAT, un programa impulsat des de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), vol promoure millores en la prevenció i l'abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya, a través de la interacció i la col·laboració dels diferents agents de l'entorn comunitari que tenen relació amb infants, adolescents i famílies, es planteja com a repte promoure o enfortir una estratègia comunitària en salut per abordar l'obesitat infantil, entenent aquesta malaltia social com un fenomen complex i multicausal, en què diferents esferes d'influència i determinants socioeconòmics estan involucrats. És per això que el POICAT es portarà a terme en 36 ABS de Catalunya, seleccionades segons el criteri d'universalisme proporcional, és a dir, tenint en compte les dades de prevalença d'obesitat i excés de pes en infants, els indicadors de vulnerabilitat social dels barris i la representativitat territorial.

Aquest enfocament va en la línia de les tres estratègies marcades pel Pla de salut de Catalunya 2021-2025, com són la igualtat d'oportunitats al llarg de la vida per tothom, entorns saludables i integració de l'atenció a la salut. Una de les línies de treball del programa està estretament relacionada amb l'estratègia de salut comunitària de l'atenció primària i comunitària a Catalunya, que té per objectiu reforçar l'orientació comunitària de l'APiC en col·laboració amb els serveis de salut pública, l'entorn local i altres sectors, com serveis socials i educació, per tal de millorar la salut, vetllar per l'apoderament de la població i influir en la millora dels determinants socials (35).

La visió intersectorial i integral del POICAT permet abordar l'obesitat infantil en el marc de l'Agenda 2030 de Nacions Unides, i en línia amb la "World Obesity Federation" (36) que relaciona les iniciatives destinades a la reducció de l'obesitat amb els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS) (37).

Així doncs, el POICAT s'alinea amb els ODS. D'entrada, està directament relacionat amb l'ODS 3, que fa referència específicament a garantir i promoure la salut i el benestar en totes les edats (37). La salut és un dels àmbits on es reflecteixen múltiples interaccions entre els ODS, posant en valor l'enfocament de salut a totes les polítiques, una crida a l'acció intersectorial de l'OMS per considerar sistemàticament les repercussions sanitàries de les decisions, promoure sinergies i evitar efectes perjudicials per tal de millorar la salut de la població i l'equitat (38).

El POICAT també impacta en altres ODS. Un d'ells és l'ODS 2 de «Fam zero», que preveu posar fi a la malnutrició en totes les seves formes, i l'ODS 10 de «Reducció de les desigualtats», ja que l'obesitat infantil és més prevalent en aquelles persones amb una situació menys favorable (37). Així mateix, també es relaciona amb l'ODS 12 de «Producció i consum responsables», que fa èmfasi en els estils de vida saludables i sostenibles, així com el malbaratament alimentari (37). Finalment, el programa també està vinculat amb l'ODS 17 d'«Aliança per assolir els objectius», ja que el que es pretén és establir vincles i aliances entre els diferents àmbits (social, sanitari, polític, educatiu) per facilitar el coneixement i ús d'actius i intercanviar coneixements per abordar la problemàtica de l'obesitat infantil de manera integral i en totes les esferes possibles (37).

3. OBJECTIUS

Objectiu meta

Esdevenir un motor de canvi equitatiu i sostenible en la promoció de la qualitat de vida física, emocional i social dels infants amb excés de pes.

Objectius generals i específics

Prevenió ← → Abordatge

	Tota la població infantil	Població infantil amb excés de pes
Objectius generals	G1. Facilitar entorns salutogènics i equitatius a infants i famílies per prevenir l'obesitat infantil.	G2. Promoure el benestar emocional dels infants amb excés de pes i les seves famílies des d'un abordatge no estigmatitzant, interseccional i comunitari.
Objectius específics	E1. Contribuir al canvi de narrativa entre els professionals de la salut i de l'entorn social i comunitari vers l'obesitat infantil.	
	E2. Contribuir a la transformació dels entorns locals on els infants i les famílies desenvolupen la seva vida quotidiana per facilitar la presa de decisions que millorin la salut.	
	E3. Actuar sobre l'alimentació, l'activitat física i l'exercici, el sedentarisme i el temps de pantalles, l'oci, les hores de son i la criança positiva, posant especial èmfasi en l'etapa dels mil dies d'or, des d'una mirada no estigmatitzant.	E4. Reduir l'estigma i l'assetjament escolar per millorar la qualitat de vida dels infants amb obesitat i les seves famílies, promovent un entorn cuidador.
		E5. Reorientar el model assistencial en l'abordatge de l'obesitat infantil amb perspectiva comunitària des dels centres de salut.

4. ESTRATÈGIES

Les estratègies proposades pel 2025 se situen en els eixos “abordatge – prevenció” i “comunitari – assistencial” tal com es mostra a la figura següent:



a. Els mil dies d'or

Aquest concepte, associat a la salut maternoinfantil, fa referència als primers mil dies de vida, entesos des de la concepció fins als dos anys de vida de l'infant, els quals representen una finestra d'oportunitat per a poder incidir en el metabolisme. Aquests primers mil dies es consideren essencials per desenvolupar les potencialitats del nadó, cosa que dependrà de les oportunitats que tingui per créixer saludable, ben nodrit, predisposat a l'aprenentatge, emocionalment segur i sent escoltat, i de l'accés que tingui a serveis adequats de salut, nutrició, educació i protecció. Durant aquests mil dies inicials s'estableixen en bona part les bases de la salut i les capacitats que li permetran desenvolupar-se de manera adequada durant la resta de la seva vida (39). En aquest context, prenen una gran rellevància aspectes com la criança positiva, la lactància materna i la introducció i l'acompanyament de l'alimentació complementària (40,41).

L'estratègia del POICAT proposa impulsar, consolidar o posar en marxa accions que tinguin com a objectiu promoure la salut i el benestar dels infants en la primera etapa de la vida. Aquestes accions poden estar situades en l'àmbit assistencial o bé en l'entorn comunitari. En l'àmbit de l'atenció primària, les accions poden dur-se a terme des dels centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva, en el marc de l'acompanyament a la gestació, el puerperi i l'alletament matern i també des dels equips de pediatria, utilitzant

i adaptant els espais de relació amb les famílies que propicien programes com el “Créixer amb salut” (42). Cal que les iniciatives es plantegin sempre des d’una perspectiva lliure de prejudicis cap a les dones gestants, els infants i les famílies, prenent-ne en consideració les condicions de vida, la cultura i les preferències. Per aquest motiu es recomana que, a l’hora de dissenyar noves intervencions, es recullin prèviament les necessitats i interessos de les persones a les quals s’acompanya i que se’n faci un seguiment que permeti incorporar aspectes de millora si s’escau.

b. Estigma i assetjament per raó de pes i/o morfologia corporal

L’estigma del pes consisteix en la “devaluació social i denigració de les persones a causa del pes corporal, que pot conduir a actituds negatives, estereotipus, prejudicis i discriminació” (43). L’estigmatització per raó del pes es fonamenta en la idea que l’obesitat és responsabilitat de la persona. Això fa que les persones amb obesitat sovint se sentin culpables de patir aquesta malaltia i no busquin l’atenció i el suport adequats i necessaris. Les accions involucrades en l’estigma del pes inclouen la burla pel pes, la intimidació, la crítica, l’assetjament, la victimització i el tractament diferencial per part de docents, familiars i amistats, que poden conduir a l’exclusió social, la marginació, les iniquitats socials i a resultats adversos per a la salut (23).

A banda, la persona sobre qui recau l’estigma del pes pot interioritzar creences i actituds esbiaixades, la consciència de l’estigma de pes pot portar a una autoaplicació dels estereotips i conduir a l’autodevaluació (19,23). Les conseqüències de l’estigmatització són perjudicials perquè comporten un augment del risc de depressió, una baixa autoestima, insatisfacció amb el propi cos, un augment del risc de patir trastorns de conducta alimentària, l’evitació de la pràctica d’exercici físic, més guany de pes, l’evitació de la consulta mèdica i, fins i tot, el suïcidi (24). També té conseqüències a llarg termini en l’etapa d’adulthood de l’infant (44).

Existeix, doncs, una relació bidireccional entre l’excés de pes en l’edat pediàtrica i l’estigma per raó de pes. L’estigma ha esdevingut en si mateix un determinant social de l’obesitat, que intersecciona amb d’altres, com l’edat, el gènere i propi pes (percebut i mesurat) i la raça i l’etnicitat (45,46). Per aquest motiu, és imprescindible implementar intervencions dirigides a reduir l’estigma, tant per abordar com per prevenir l’obesitat infantil.

Des de l’estratègia del POICAT es vol contribuir a la protecció dels infants i adolescents que són víctimes d’assetjament o de qualsevol altre tipus de discriminació per raó del seu pes i/o de la seva morfologia corporal. En aquest sentit, es volen promoure aquelles accions que enforteixin la detecció i l’abordatge precoços d’aquestes situacions, i la millora de la coordinació entre els àmbits educatiu i sanitari. D’altra banda, es pretén

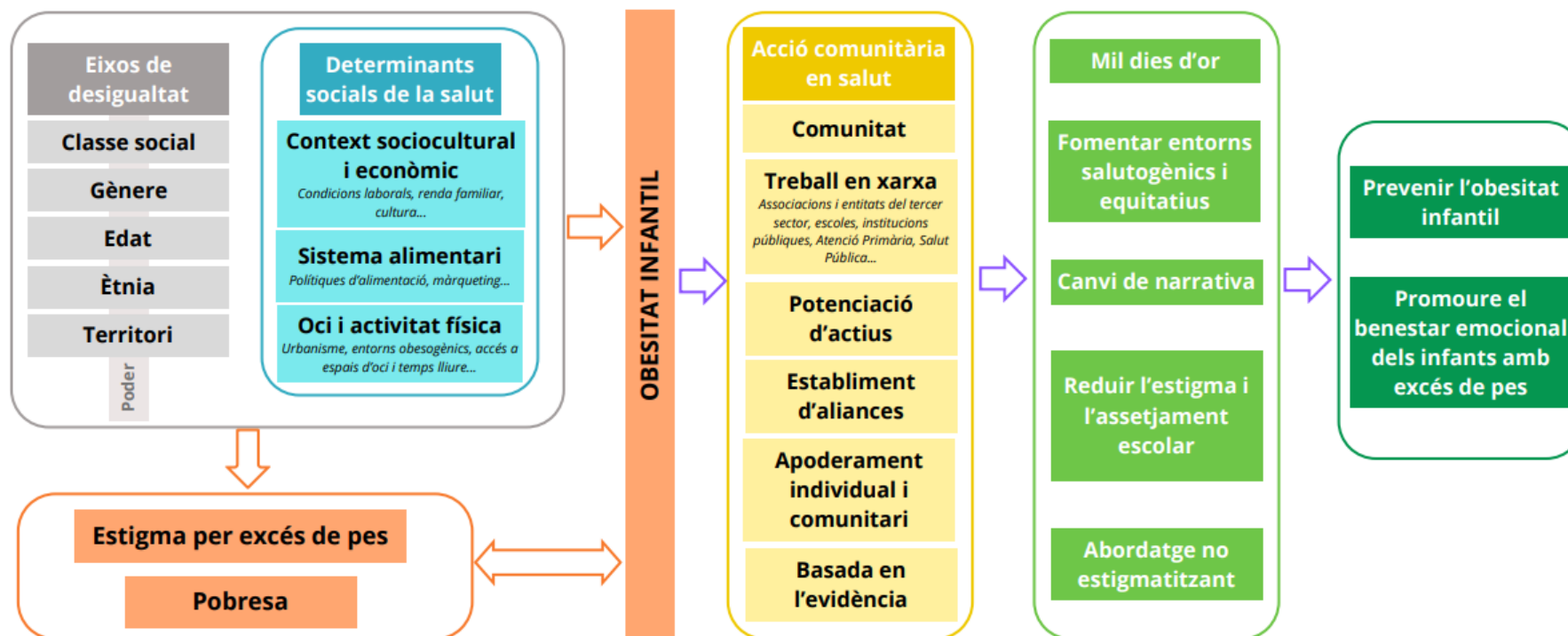
garantir la perspectiva no estigmatitzant en els models d'abordatge de l'obesitat infantil que es duguin a terme des dels diferents equips de pediatria.

Per això cal evitar un abordatge centrat en el pes, així com les referències a la corporalitat d'infants, adolescents i famílies o el fet d'assimilar sistemàticament l'excés de pes amb la malaltia. Cal assegurar en tot moment l'acompanyament psicosocial, la promoció de la criança positiva i de l'autoestima, situant la salut, el benestar i l'autocura com a focus de la intervenció.

Per tal d'assolir els objectius esmentats i facilitar la tasca dels professionals sanitaris, és necessari fer una detecció de necessitats formatives que contribueixin a la superació de les barreres actuals per a la prevenció i l'abordatge de l'excés de pes en la infància (interculturalitat, estigma determinants socials...). També és imprescindible que els equips disposin del temps i flexibilitat suficients per a dur a terme l'acompanyament d'aquests infants i les seves famílies, així com la participació en els espais de coordinació intersectorial i de salut comunitària.

5. MARC CONCEPTUAL

Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil a Catalunya (POICAT)



Equitat | Interseccionalitat | Intersectorialitat (Salut a totes les polítiques)

Adaptat de: Marc conceptual de Salut Comunitària del projecte COMSalut (Salut i COMunitat), 2015, de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud a España, 2010 i del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022-2030), 2022.

6. GLOSSARI

Acció comunitària: Procés de dinamització de les relacions socials de cooperació entre els membres d'una comunitat (per exemple, un barri, un edifici, un centre o un projecte educatiu o sanitari). Té l'objectiu de millorar el benestar quotidià de les persones (47) tot fent-les participar activament en les accions que cal dur a terme per assolir aquesta finalitat. Parlar d'acció comunitària equival a parlar de presa de consciència de la realitat, de participació i d'organització (48). L'Acció Comunitària té una triple intencionalitat, l'apoderament, la inclusió i la millora de les condicions de vida de les persones (48).

Ambient/Entorn obesogènic: Suma d'influències que l'entorn, les oportunitats o les condicions de vida tenen en el foment de l'obesitat en persones o poblacions. Un ambient obesogènic pot estar condicionat per la suma de diversos factors com la disponibilitat i el consum de menjar ràpid, d'aliments ultraprocessats i de begudes ensucrades, l'alta exposició a la publicitat d'aquest tipus de productes en mitjans de comunicació i xarxes socials, el sedentarisme, la inactivitat física, el temps excessiu enfront de les pantalles (telèfons mòbils, televisió, videojocs, etc.), els trastorns del son, l'estrès i fins a barris amb pocs espais adequats per a la pràctica d'activitat física. Situacions que en unir-se en una comunitat o en una persona, incrementen la creixent taxa de sobrepès i obesitat, inclosa la població infantil i adolescent (16,17).

Actius en salut/Actius comunitaris: Qualsevol factor (o recurs) que millora la capacitat de les persones, grups, comunitats, poblacions, sistemes socials i institucions per mantenir i sostenir la salut i el benestar, i que els ajuda a reduir les desigualtats en salut (49). Aquests recursos presents a la comunitat poden actuar a nivell individual, familiar i/o comunitari i tenen com a denominador comú la capacitat d'enfortir l'habilitat de les persones o grups per mantenir o millorar la salut física psíquica i/o social i contrarestar situacions d'estrès (50).

Apoderament: L'apoderament individual es refereix principalment a la capacitat dels individus per a prendre decisions i tenir control sobre les seves decisions personals en salut. L'apoderament comunitari involucra a individus que actuen col·lectivament per a guanyar major influència i control sobre els factors que donen forma als determinants de la salut en la seva comunitat i és un objectiu important en l'acció comunitària per la salut (8,51).

Comunitat: Conjunt d'actors que comparteixen un espai territorial de referència, sigui perquè hi resideixen o desenvolupen la seva activitat social o professional. Aquests actors poden tenir o no un sentiment d'identitat compartida, però el que si tenen són relacions d'interdependència de diferent grau pel fet de compartir aquest espai físic.

Els actors que configuren la comunitat els podem agrupar en: professionals dels serveis públics i les institucions, veïns i veïnes organitzats o no en entitats, i actors que poden desenvolupar la seva activitat econòmica en el territori (52).

Condicions de vida: Entorn quotidià de les persones, en el qual viuen, juguen i treballen. Aquestes condicions de vida són producte de circumstàncies socials, econòmiques i de l'ambient físic - tot això pot afectar la salut - i són en gran part fora del control immediat de l'individu. L'acció de la Carta d'Ottawa de creació d'entorns favorables per a la salut se centra principalment en la necessitat de millorar i canviar les condicions de vida per donar suport a la salut (52).

Determinants de la salut/Determinants socials de la salut: Són els factors socials, culturals, polítics, condicions econòmiques i ambientals en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, i el seu accés al poder, a la presa de decisions, als diners i recursos que donen origen a aquestes condicions de la vida diària (51).

Determinants comercials de la salut: Són les estratègies que utilitza el sector privat per a promoure productes i eleccions que són perjudicials per a la salut (10), jugant un paper fonamental en l'entorn i els estils de vida individuals, i incidint d'aquesta forma en la salut de la població (9). També inclouen estratègies i enfocaments a través dels quals les empreses exerceixen poder i influència en els governs, la societat i persones consumidores (51).

Equitat (segons APIC): A partir de l'existència de desigualtats socials en salut, l'equitat en salut cerca que totes les persones puguin assolir plenament el seu màxim potencial en salut. Conseqüentment, cal guiar la distribució dels recursos per assolir el benestar i la salut de les persones. L'equitat en salut té, així doncs, un enfocament d'universalisme proporcional, de curs de vida i d'adaptació a la diversitat. L'equitat en salut necessita incorporar una mirada interseccional dels diversos eixos de desigualtat, des de la valoració individual de la salut fins a la planificació i l'avaluació d'actuacions grupals i comunitàries. Alhora cal tenir en compte la vulnerabilitat que suposa la intersecció dels diversos eixos de desigualtat (35).

Estigma del pes: Atribució de creences negatives basades en el pes, que pot donar lloc a accions de discriminació. Aquest estigma es pot dirigir a infants amb sobrepès o obesitat que no s'ajustin a les normes socials per al pes o la forma del cos. L'estigma pot sorgir d'actituds i opinions personals negatives sobre l'obesitat i les persones que viuen amb excés de pes, i sovint és sostinguda per les persones amb qui aquestes interactuen al llarg de la infància, incloent-hi companys, educadors, amistats, familiars i professionals d'atenció sanitària (23).

Excés de pes en edat pediàtrica: Fa referència a un índex de massa corporal que supera el punt de tall del sobrepès (>p95-p97). Se sol utilitzar com a terme que inclou el sobrepès i l'obesitat (53,54).

Exclusió social: Procés d'allunyament progressiu d'una situació d'integració social en el qual poden distingir-se diversos estadis en funció de la intensitat: des de la precarietat o vulnerabilitat més lleu fins a les situacions d'exclusió més greus. Va més enllà de la manca

material, ja que incorpora a l'anàlisi de la desigualtat en la distribució dels recursos socialment valorats a altres aspectes com la discriminació, l'estigmatització, el rebuig social o la feblesa en les xarxes interpersonals que contribueixen, reforcen o alimenten les dinàmiques d'expulsió o obstaculització de l'accés a determinats espais, drets o relacions socials que són l'únic mitjà per aconseguir uns certs recursos (55). Així, el gènere, l'edat, la procedència o orígens culturals o l'estat de salut poden ser factors que determinin la situació d'exclusió o inclusió social d'una persona o col·lectiu, juntament amb la posició econòmica i en el mercat laboral, el nivell educatiu i el capital cultural acumulat, les característiques de l'habitatge i del territori en què aquesta es trobi, entre molts altres elements (56).

Inclusió social: La inclusió social de qualsevol persona, col·lectiu o territori passaria per l'accés garantit a la ciutadania i als drets econòmics, polítics i socials corresponents a aquesta, així com les possibilitats de participació efectiva en l'esfera política. Així mateix, passaria per la connexió i solidesa de les xarxes de reciprocitat social, ja siguin aquestes de caràcter afectiu, familiar, veïnal, comunitari o d'un altre tipus. Les xarxes socials i familiar són un element constituent de les dinàmiques d'inclusió i exclusió social. Les característiques específiques i els sistemes de valors i de sentits que aquestes tinguin són extremadament rellevants. Finalment, l'espai de la producció econòmica i molt especialment del mercat de treball, és l'altre gran pilar que sustenta la inclusió social (56).

Índex de massa corporal: El diagnòstic de sobrepès i obesitat es fa mesurant el pes i l'alçada de les persones i calculant l'índex de massa corporal (IMC): $\text{pes (kg)} / \text{alçada}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. Les categories d'IMC per definir l'obesitat varien segons l'edat i el sexe en infants i adolescents. Si bé aquest paràmetre permet fer una estimació indirecta de l'excés de pes, actualment, hi ha un fort debat en l'acadèmia sobre la manera de diagnosticar l'obesitat, distingint la condició d'excés de greix que té una repercussió per a la salut de la persona de la qual no en té (57). A més, es recomanen altres mètodes complementaris, tals com la relació cintura-alçada per mesurar l'adipositat central per ajudar a avaluar i predir els riscos per a la salut com, per exemple, diabetis tipus 2, hipertensió o malalties cardiovasculars (58).

Iniquitat en salut: Resultat de la interacció de diversos nivells de determinants socials de la salut, des dels individuals fins a la comunitat i als més distals (condicions socioeconòmiques, culturals i ambientals de la societat) (50).

Interseccionalitat: Relació reconeguda entre part o parts de diferents sectors de la societat que s'ha establert per emprendre accions en un tema per tal d'aconseguir resultats de salut o resultats intermedis de salut, de manera més eficaç, eficient o sostenible que aquella que el sector sanitari pugui aconseguir actuant en solitari (50). La Teoria de la Interseccionalitat descriu com les arrels de marginalització, discriminació i iniquitats no poden ser tractades de manera diferencial i segregades. Els eixos opressius

—interseccionals— generen una matriu opressora que impacta en les persones de manera exponencial, multiplica les desigualtats i potencia els greuges (59).

Mil dies d'or: Iniciativa que va néixer l'any 2010 en diferents països arreu del món per promoure accions i inversions per la millora de l'estat nutricional de dones i infants petits. Aquesta iniciativa s'ha reproduït de manera similar en països industrialitzats pel fet que aquest període resulta crucial pel desenvolupament de l'infant (39,60).

Pobresa: Es defineix la pobresa com a falta d'ingressos que no permet satisfer el mínim necessari per a la subsistència (61).

Sobrepès i obesitat: El sobrepès i l'obesitat es defineixen com una acumulació anormal o excessiva de greix que presenta un risc per a la salut física, emocional i social. L'obesitat és una malaltia crònica complexa definida per dipòsits de greix excessius que poden perjudicar la salut. Malgrat que l'IMC no permet dur a terme un diagnòstic definitiu sinó una sospita o aproximació diagnòstica, les categories d'IMC per definir l'obesitat varien segons l'edat i el sexe en infants i adolescents (62,63).

ODS: Objectius de Desenvolupament sostenible de l'Organització de les Nacions Unides (ONU), que insta a l'adopció de mesures per posar fi a la pobresa, protegir el planeta i garantir que totes les persones gaudeixin de pau i prosperitat (37).

Salut Comunitària: Expressió col·lectiva de la salut individual i grupal en una comunitat definida, determinada per la interacció entre les característiques individuals i familiars, el mitjà social, cultural i ambiental, així com els serveis de salut i la influència de factors socials, polítics i globals (28).

Universalisme proporcional: El terme universalisme proporcional es va proposar juntament amb sis objectius de política: facilitar a tots els infants el millor començament en la vida; permetre que tots els infants, joves i persones adultes potenciïn al màxim les seves capacitats i tinguin control sobre la seva vida; crear ocupació justa i una bona feina; assegurar un nivell de vida saludable; crear i desenvolupar llocs i comunitats saludables i sostenibles; i millorar l'acompliment i els resultats de la prevenció de la malaltia. Per consegüent, l'universalisme proporcional es va proposar com un mitjà de posar en pràctica polítiques ascendents, procurant abordar les causes fonamentals de les desigualtats (64).

7. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight (Web) [Internet]. 2025. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Litwin SE. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors. *J Am Coll Cardiol*. 14 octubre 2014;64(15):1588-90.
3. Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: Physiology or Pathophysiology? *Physiol Rev*. octubre 2014;94(4):1027-76.
4. Estudio ALADINO 2023: Estudio sobre la Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2023 [Internet]. Madrid; 2024. Disponible a: <https://cpage.mpr.gob.es/>
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya, 2023. Barcelona; 2024 juny.
6. Kumanyika SK. Advancing Health Equity Efforts to Reduce Obesity: Changing the Course. *Annu Rev Nutr*. 22 agost 2022;42:453-80.
7. Williams MS, McKinney SJ, Cheskin LJ. Social and Structural Determinants of Health and Social Injustices Contributing to Obesity Disparities. Vol. 13, *Current Obesity Reports*. Springer; 2024. p. 617-25.
8. World Health Organization (WHO). Social determinants of health (Web) [Internet]. 2025. Disponible a: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
9. Maani N, Collin J, Friel S, Gilmore AB, McCambridge J, Robertson L, et al. Bringing the commercial determinants of health out of the shadows: a review of how the commercial determinants are represented in conceptual frameworks. *Eur J Public Health*. 18 gener 2020;30(4):660-4.
10. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. Vol. 4, *The Lancet Global Health*. Elsevier Ltd; 2016.
11. Chung EK, Romney MC. Social Determinants of Childhood Obesity: Beyond Individual Choices. *Curr Pediatr Rev*. agost 2012;8(3):237-52.
12. Han JC, S Kimm SY, Lawlor DA. Childhood obesity. *Lancet* [Internet]. 6 maig 2010;375(9727):1737-85. Disponible a: www.thelancet.com
13. Bouchard C. Genetics of Obesity: What We Have Learned Over Decades of Research. Vol. 29, *Obesity (Silver Spring)*. Blackwell Publishing Inc.; 2021. p. 802-20.

14. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TTK, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. Vol. 385, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2015. p. 2400-9.
15. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Enquesta de condicions de vida 2024. Catalunya. 2025 feb.
16. Lake A, Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. Journal of The Royal Society for the Promotion of Health. novembre 2006;126(6):262-7.
17. Aguayo VM, Branca F, Demaio S, Fanzo J, Haddad L, Menon P, et al. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. UNICEF. Estado mundial de la infancia; 2019.
18. Comission on Ending Childhood Obesity. Report of te Comission on Ending Childhood Obesity. Geneva; 2016.
19. Nutter S, Eggerichs LA, Nagpal TS, Ramos Salas X, Chin Chea C, Saiful S, et al. Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. Vol. 25(1), Obesity Reviews. John Wiley and Sons Inc; 2024.
20. Capewell S, Capewell A. An effectiveness hierarchy of preventive interventions: neglected paradigm or self-evident truth? Vol. 40, Journal of Public Health (Oxf). Oxford University Press; 2018. p. 350-8.
21. Spiga F, Tomlinson E, Davies AL, Moore THM, Dawson S, Breheny K, et al. Interventions to prevent obesity in children aged 12 to 18 years old. Cochrane Database of Systematic Reviews. 20 maig 2024;5(5).
22. Baiden P, Cañizares C, LaBrenz CA, Sellers CM, Li Y, Glikpo RM, et al. Effects of objective and perceived weight on suicidal ideation among adolescents: Findings from the 2015–2021 national Youth Risk Behavior Survey. Psychiatry Res. 1 març 2025;345.
23. Haqq AM, Kebbe M, Tan Q, Manco M, Ramos X. Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. Vol. 17, Childhood Obesity. Mary Ann Liebert Inc.; 2021. p. 229-40.
24. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. Obes Facts. 23 gener 2019;12(1):40-66.
25. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. American Academy of Pediatrics [Internet]. desembre 2017;140(6)(e20173034):1-11. Disponible a:
http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/140/6/e20173034/913008/peds_20173034.pdf

26. World Health Organization (WHO). Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region. 2017;
27. Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre la Estrategia europea para las personas mayores (Dictamen exploratorio solicitado por la Presidencia española) [Internet]. Disponible a: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52023AE0532>
28. Rebollo O, Morales E. Acción comunitaria: guía metodológica (pendent publicació). IGOP-UAB Bellaterra. 2024;
29. Gofin J, Gofin R. Essentials of Global Community Health. Canada: Jones&Bartlett Learning; 2010.
30. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. Vol. 32, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 5-12.
31. Cofiño R, Prieto M, Hernán-García M. Comunitaria o barbarie. Tres niveles para la orientación comunitaria de la atención primaria. Gac Sanit. 1 gener 2023;37.
32. Sastre M, Benedé CB. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. Vol. Nº 38. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2018. 1-41 p.
33. Convención sobre los derechos del niño, 20 de noviembre de 1989 [Internet]. Madrid; 2006 juny. Disponible a: www.unicef.es
34. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia i Qualitat Democràtica. LLEI 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència [Internet]. 2010 [citad 13 març 2025]. Disponible a: <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=553898>
35. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estratègia de salut comunitària de l'APiC. Barcelona; 2023. 1-28 p.
36. World Obesity Federation. Obesity and the SDGs: an opportunity hidden in plain sight (Web) [Internet]. 2022 [citad 13 març 2025]. Disponible a: <https://www.worldobesity.org/news/blog-obesity-and-the-sdgs-an-opportunity-hidden-in-plain-sight>
37. Naciones Unidas. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015. Disponible a: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
38. World Health Organization. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): early childhood development [Internet]. 2018 maig. Disponible a: <http://www.geastudy.org/>

39. Torras I. Les necessitats de la petita infància: els mil dies d'or. *Educació Social Revista d'Intervenció Socioeducativa*. 31 març 2020;74:17-35.
40. Gracner T, Boone C, Gertler PJ. Exposure to sugar rationing in the first 1000 days of life protected against chronic disease. *Science*. 29 novembre 2024;386(6725):1043-8.
41. Dever M, Skouteris H, Incollingo Rodriguez AC, Hailu H, Galvin E, Hill B. Weight stigma in the preconception, pregnancy, and postpartum periods: A systematic review of women's perspectives. *Obesity Reviews*. 2025.
42. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. *Créixer amb salut*. Barcelona; 2025.
43. Sánchez-Carracedo D. Obesity stigma and its impact on health: A narrative review. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 29 desembre 2022;69(10):868-77.
44. Hughes AM, Flint SW, Clare K, Kousoulis AA, Rothwell ER, Bould H, et al. Demographic, socioeconomic and life-course risk factors for internalized weight stigma in adulthood: evidence from an English birth cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe*. 15 abril 2024;40(100895).
45. Rancaño K, Lawrence S. Health Consequences of Familial Negative Weight Talk Across the Spectrum of Gender Diversity. *Curr Nutr Rep*. desembre 2023;12(4):581-93.
46. Rancaño KM, Puhl R, Skeer M, Eliasziw M, Must A. Negative familial weight talk and weight bias internalization in a US sample of children and adolescents. *Pediatr Obes*. maig 2024;19(5).
47. Carmona M, Rebollo O. Guia operativa d'acció comunitària [Internet]. Barcelona; 2009 juny. Disponible a: www.bcn.cat/acciosocialiciutadania
48. Morales E, Rebollo Ó, González S. Guia operativa d'avaluació de l'acció comunitària [Internet]. Barcelona; 2016. Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/acciocomunitaria/sites/default/files/documents/guia_operativa_avaluacio_accio_comunitaria_acc.pdf
49. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;2:17-22.
50. Guia per treballar en salut comunitària a Catalunya. 2020 jul.
51. Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Consejería de Salud. Región de Murcia. Traducción del Glosario de Términos de Promoción de la Salud OMS 2021. En Región de Murcia: DEPÓSITO LEGAL: MU 116-2023; 2023.
52. Gallego R, Barbieri N, Morales E, Martí M, Pasarín M, Rodríguez M. Glossari i evolució de l'acció comunitària en salut a la ciutat de Barcelona [Internet]. Bellaterra; 2015. Disponible a: <https://webs.uab.cat/salutcomunitaria/wp->

content/uploads/sites/38/2020/06/Glossari-Salut-Comunitaria-Barcelona-2015.pdf

53. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development [Internet]. Geneva; 2006. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
54. World Health Organization. Noncommunicable diseases: Childhood overweight and obesity (Web) [Internet]. 2020. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/noncommunicable-diseases-childhood-overweight-and-obesity>
55. Martínez Veiga U. Pobreza, exclusión social y segregación espacial [Internet]. Madrid; 2012 gen. Disponible a: <https://revistas.um.es/areas/article/view/144761/129691>
56. Subirats J. Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. 1a ed. Barcelona (ES): Estudios Sociales; 2004. 1-184 p.
57. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen R V, Wilding JPH, Brown WA, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol [Internet]. 14 gener 2025;13:221-62. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39824205>
58. National Institute for Health and Care Excellence. Overweight and obesity management [Internet]. United Kingdom; 2025 gen. Disponible a: www.nice.org.uk/guidance/ng246
59. Carbado DW, Williams KW, Mays VM, Tomlinson B. Intersectionality: Mapping the Movements of a Theory. Du Bois Review. 2013;2(10):303-12.
60. First 1000 days. The critical window to ensure that children survive and thrive. South Africa; 2017 maig.
61. Rowntree BS. Poverty: a study of town life. 1a ed. London: Macmillan; 1901.
62. World Health Organization. Body mass index (BMI) [Internet]. 2025. Disponible a: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>
63. Waist circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2011. 39 p.
64. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión*. Rev Panam Salud Publica. 2021;45(102).

Barcelona, Març 2025