

El desafío de alcanzar un sistema alimentario sostenible en una sociedad urbanizada - Ernesto de Titto

Coordinador Maestría en Gestión de la Salud Ambiental, Universidad ISALUD

1. Urbanización

Las Naciones Unidas presentaron en 2014 un reporte sobre la tendencia global de la urbanización mostrando que en 2007, por primera vez en la historia, más gente vivía en las áreas urbanas que en las rurales y estimaron que hacia 2050 aproximadamente 2/3 de la población mundial será urbana (UN, 2014; OMS, 2021).

La tendencia a la urbanización se aceleró vertiginosamente a principios del siglo XX (figura 1), aunque todavía no establecimos un criterio homogéneo para definir a que llamamos urbano y los países lo definen como los conglomerados que superan distinto número de habitantes (por ejemplo 200 en Suecia, 500 en Canadá, 2.000 en Argentina, Etiopía y Francia, 5.000 en España, Italia y EEUU, 20.000 en Japón) (Oxford Martin School, 2022). El hecho es que hoy existen en el mundo más de 1.000 ciudades con más de medio millón de habitantes.



Figura 1: El fenómeno de la urbanización

2. La salud en los conglomerados urbanos

El concepto de salud humana conjuga la ausencia de enfermedades con el ejercicio pleno de la vida en relación a la potencialidad de cada ser humano, su calidad de vida y su bienestar físico, mental y social, constituyendo al mismo tiempo un medio y un objetivo con dimensiones éticas, estéticas, biopsíquicas y sociales (OMS, 1948).

Con la siempre vigente meta de “salud para todos”, la preocupación por la protección de la salud humana requiere salvaguardar la calidad de vida de las comunidades urbanas preservando la sustentabilidad planetaria. El creciente número de habitantes urbanos han hecho notorios los

problemas ambientales asociados a las ciudades. El ruido, la calidad del aire, el tránsito vehicular, las debilidades en la distribución de espacios verdes, en los criterios de edificación y en la gestión ambiental del espacio urbano, así como las limitaciones o, muy comúnmente, ausencia de planeamiento estratégico en el desarrollo de las ciudades están en la base de las limitaciones de la calidad de vida y de muchos problemas de salud de los pobladores urbanos.

Una característica destacada del proceso de urbanización en Latinoamérica, que se disparó a mediados del siglo XX, como ilustran ejemplos documentados de Argentina (Ortale et al., 1998), Colombia (Torres -Toval, 2020), Guatemala (Johnston, 1993), México (Blanco et al., 1997) y Venezuela (Pérez et al., 2003), es que el creciente nivel de urbanización ha ido acompañado por la aparición de barrios consolidados con características de insalubridad, hacinamiento y acceso limitado a las redes de servicios de aguas y cloacas, proceso que llamamos de conurbanización (Gueddes, 1915). Entonces, desde una perspectiva sanitaria podemos reconocer que a la existencia de problemas ligados al hecho de vivir en ciudades, en nuestra región debemos agregar los relacionados con las migraciones internas y el fenómeno de conurbanización.

Entre los problemas podemos destacar algunos, sin ignorar que existen otros como la violencia y el desempleo, que también impactan en la salud individual y colectiva.

2.1. La **contaminación atmosférica** característica de las grandes urbes, se relaciona con un abanico de efectos agudos y crónicos de consecuencias graves para la salud. Agentes como el ozono, el material particulado, el dióxido de azufre y las partículas diésel forman especies reactivas de oxígeno, tales como el anión superóxido, el peróxido de hidrógeno y los radicales hidroxilos que pueden dañar proteínas, lípidos y directamente el ADN. Los contaminantes producen un efecto reversible en la función pulmonar, en el mecanismo inflamatorio de las vías aéreas, en la hiperreactividad bronquial, comprometen la función inmunológica, y aumentan la incidencia, exacerbación y tasas de mortalidad de las enfermedades pulmonares.

2.2. El incremento de **enfermedades infecciosas desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores y comorbilidades no comunicables**. Históricamente estas enfermedades han sido particularmente relevantes en las poblaciones rurales, las más pobres y con acceso limitado a los servicios de salud pero algunas de ellas, presentadas en el cuadro 1, son muy relevantes en los ambientes urbanos y periurbanos con menos recursos (Hotez, 2017; OPS, 2023).

Cuadro 1. Enfermedades infecciosas desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores con alta prevalencia e incidencia en el ambiente urbano.

- Arbovirus transmitidos por *Aedes aegypti* (Dengue, Chikungunya, Zika virus)
- Rabia Canina
- Leptospirosis, cólera y fiebre tifoidea
- Esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas desde el suelo
- Enfermedad de Chagas y leishmaniasis
- Oncocercosis
- Infecciones intestinales por protozoos

Para el caso particular de las Enfermedades Transmitidas por Vectores en las áreas urbanas, la OMS identificó los temas prioritarios de investigación para enfrentar su dispersión (Ramírez, 2018).

2.3. Otra consecuencia de la urbanización son las llamadas **enfermedades del "estilo de vida"**, productos de un modo de vida sedentario.

El **sedentarismo** unido a los excesos alimentarios dan lugar a diversas patologías. La combinación perversa de ambas es uno de los principales ingredientes de las enfermedades crónicas no transmisibles, que de acuerdo con la OMS representan el 60% de la mortalidad (Wilmot et al., 2012; Leiva et al., 2017; Guthold et al., 2018).

El **consumo excesivo de determinados alimentos**, o sus componentes, inciden en la presencia de una tensión arterial subóptima, que acarrea un conjunto de cambios estructurales en las arterias, y de niveles elevados de colesterol (OMS, 2021), responsables del 18% del total mundial de enfermedades cerebrovasculares y del 56% de las cardiopatías isquémicas (Haskell, 1995).

El exceso de peso por grasa corporal es un factor de riesgo muy relevante, más aún cuando se combina con conductas sedentarias. Esta mala asociación incrementa la susceptibilidad para el desarrollo de comorbilidades como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, problemas musculoesqueléticos o cáncer, entre otras (Guh et al., 2009), así como los riesgos de mortalidad (Flegal, 2017), afecta a todos los segmentos de la población -niños, adultos, hombres y mujeres- y en los países latinoamericanos forma parte del proceso global de transición demográfica y epidemiológica (Monteiro et al., 1995).

El sobrepeso y la obesidad son una pandemia y conforman un grave problema de salud pública. No se trata solamente de un desequilibrio energético, ya que puede estar asociada con deficiencias de micronutrientes y otras enfermedades carenciales (OMS, 2021; Stevens et al., 2022). La cantidad de personas obesas en el mundo se triplicó en los últimos 40 años, alcanzando los 672 millones de adultos mayores de 18 años en 2018. En 2016, había alrededor de 381 millones de niños, niñas y adolescentes con sobrepeso u obesidad (OMS, 2017). En América Latina y el Caribe el sobrepeso afecta al 7,2% de los menores de 5 años, lo que representa alrededor de 3,9 millones de niños y niñas (OECD, 2015). En la tabla 1 se presentan los datos de sobrepeso y obesidad en menores de 20 años, distinguidos por sexo, en los países de América del Sur. Como puede verse, las prevalencias entre los varones son menores que entre las mujeres excepto en Chile y la Argentina y los rangos de los valores son muy amplios: entre los varones los valores más altos prácticamente triplican a los más bajos (Chile 37,0 y Ecuador 13,7) y entre las mujeres lo duplican (Uruguay 37,7 y Colombia 18,0) [25].

Tabla 1. Sobrepeso y obesidad en niños y niñas menores de 20 años en América del Sur

País	Varones 0-19 años		Mujeres 0-19 años	
	Sobrepeso y obesidad	Obesidad	Sobrepeso y obesidad	Obesidad
Venezuela	18,4 (15,5–21,6)	6,1 (4,9–7,4)	27,7 (23,7–31,9)	7,7 (6,2–9,5)
Uruguay	31,2 (26,7–35,8)	9,7 (7,8–11,8)	37,7 (32,8–43,1)	18,1 (14,9–21,9)
Perú	16,6 (14,2–19,4)	3,8 (3,1–4,5)	25,6 (22,3–29,2)	4,1 (3,3–4,9)
Paraguay	21,3 (18,1–24,5)	6,8 (5,4–8,3)	24,3 (20,6–28,5)	6,3 (4,9–7,9)
Ecuador	13,7 (11,4–16,2)	3,1 (2,4–3,7)	29,6 (25,4–34,2)	4,6 (3,7–5,8)
Colombia	15,4 (13,1–18,0)	4,1 (3,4–4,8)	18,3 (15,4–21,6)	3,6 (2,9–4,3)
Chile	37,0 (32,6–41,6)	11,9 (9,6–14,3)	31,6 (27,3–36,3)	12,4 (10,0–15,1)
Brasil	22,1 (18,8–25,8)	6,8 (5,4–8,4)	24,3 (20,6–28,1)	7,6 (6,1–9,4)
Bolivia	20,5 (17,4–24,0)	4,6 (3,7–5,5)	28,2 (24,4–32,4)	4,7 (3,7–5,7)
Argentina	29,1 (24,9–33,1)	9,4 (7,5–11,6)	23,6 (19,8–27,8)	6,8 (5,3–8,5)

Estimación de la prevalencia estandarizada por edad de sobrepeso y obesidad combinadas y de obesidad solamente para varones y mujeres menores de 20 años de edad. Fuente: Modificado de Ng et al., 2014.

Además, diferentes estudios en Brasil, Chile y Venezuela muestran mayor proporción de obesos en los niveles socioeconómicos bajos (Pérez, 2003).

2.4. Una característica del proceso de conurbanización por la movilización y radicación de pobladores rurales en las periferias urbanas es el **cambio en los perfiles nutricionales**. Los migrantes abandonan un consumo tradicionalmente rico en cereales, plantas, tubérculos y fibras en general, pero baja en grasa y proteína animal para pasar a una alta ingesta de grasas, azúcares, carbohidratos refinados y alimentos procesados, cuyo consumo es estimulado por mensajes directos o subliminales muy atractivos, que incitan a una ingesta desordenada y de bajo contenido nutricional, especialmente en niños y adolescentes que conforman una población cautiva de la publicidad.

Además, el desenvolvimiento de la vida familiar en espacios muy reducidos, que por lo general no presentan adecuadas condiciones sanitarias, agrava los riesgos y nos muestra que la malnutrición y la pobreza son factores íntimamente articulados. Un estudio reciente en Argentina (Kovalsky et al., 2020) mostró que la población con menor nivel socioeconómico consume significativamente menos frutas, verduras y lácteos que la población de nivel medio y alto mientras por el contrario, consume un mayor volumen de refrescos y jugos industriales, infusiones con azúcar agregada, pan y bollería.

Esto no es privativo de los países en vías de desarrollo, en Carolina del Norte, EEUU, también se encontraron disparidades en el consumo de alimentos: las áreas urbanas con mayor índice de vulnerabilidad social, con peor acceso a internet y con mayores índices de pobreza consumen “alimentos menos sanos” (McGuirt et al., 2022).

Corroborar esta descripción los datos aportados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) que señalan que en los países latinoamericanos más desarrollados, caracterizados por presentar un Índice de Desarrollo Humano más elevado, la fuente de energía proviene principalmente del consumo de grasas, tal como se muestra en la figura siguiente.

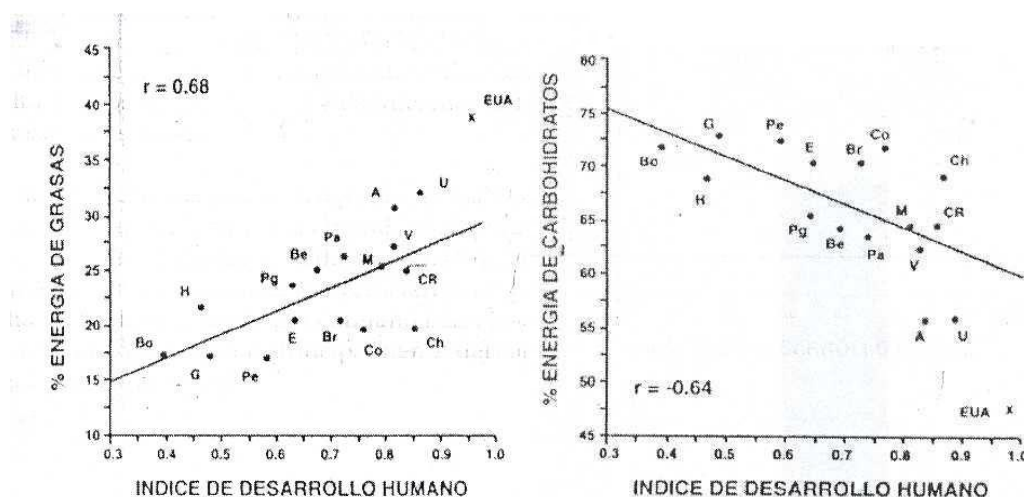


Figura 2. Energía de grasas y de carbohidratos e Índice de Desarrollo Humano

Fuente: Datos de FAO presentados por Pérez, 2003.

Es interesante destacar que composición de la dieta hogareña puede estar afectada por la inversión estatal en vías y medios de transporte. Un estudio realizado en Inglaterra analizó el consumo de alimentos entre 2008 y 2015 en 324 ciudades que, bajo distintas administraciones, vieron reducidos

el gasto gubernamental en distintos servicios (mantenimiento de carreteras y viviendas y frecuencia del transporte público), y mostró que esa reducción fue acompañada por una disminución en las compras de alimentos ricos en grasas, azúcar y sal y un aumento en compras de comidas preparadas para llevar, como porcentaje de las compras totales de alimentos y bebidas (Jenkins et al., 2022).

El derecho a una alimentación adecuada está inseparablemente vinculado a la dignidad inherente de la persona humana y es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos. Se requiere vivir dignamente y parte vital de ello es la ingesta suficiente de agua y alimentos de buena calidad, que deben procurar un estado de vida saludable y productiva, así como una disposición manifiesta para perfeccionar capacidades y habilidades en general.

“El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1986). En otras palabras, el derecho a la alimentación no es el derecho a ser alimentado sino el derecho a alimentarse en condiciones de dignidad: se entiende que las personas puedan satisfacer sus propias necesidades con su propio esfuerzo y utilizando sus propios recursos, una persona debe vivir en condiciones que le permitan o producir alimentos o comprarlos.

El derecho a la alimentación se ejerce plenamente cuando se cumplen los cuatro factores condicionantes de la Seguridad Alimentaria y Nutricional:

- *La disponibilidad de alimentos*, ya sea porque se han producido, importado, recibidos por donación, etc. y están disponibles para su adquisición en mercados y comercios.
- *El acceso a los alimentos*, es decir la posibilidad de adquirirlos, tenerlos y hacer uso de ellos.
- *El consumo de alimentos*, o sea la certeza de poder elegir y preparar lo que se tiene para comer, y
- *La utilización biológica de los alimentos*, es decir la capacidad de aprovechar lo que comemos.

Por otro lado, desde la perspectiva de su carácter de derecho humano, el derecho a una alimentación adecuada se reconoce en numerosos instrumentos jurídicos internacionales, tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Naciones Unidas 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Naciones Unidas, 1976), la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, 1981), la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989) [34], el Protocolo de San Salvador (OEA, 1999), la Observación General Número 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, las Directrices Voluntarias del Derecho a Alimentación (FAO, 2004) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2008), según se presenta en el cuadro 2.

Cuadro 2. El derecho a una alimentación adecuada en el derecho internacional.

Acuerdo	Mención
Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)	<i>“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”</i> (Artículo 25)
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976)	<i>“Los Estados parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”</i> (Artículo 11)

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1981)	<i>“Los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, ..., y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (Párrafo 2 del artículo 12)</i>
Convención sobre los Derechos del Niño (1989)	<i>“Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente” (Apartado c del párrafo 2 del art. 24) y, “Los Estados Parte, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda” (Párrafo 3 del art. 27).</i>
Protocolo de San Salvador (1999)	<i>“Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual. Con el objetivo de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia” (Artículo 12)</i>
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (segundo período de sesiones 1999)	<i>“El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla” (Observación General Número 12)</i>
Directrices Voluntarias del Derecho a Alimentación (2004)	El 23 de noviembre de 2004 los 187 Estados Miembros del Consejo General de la FAO adoptaron un Conjunto de Directrices Voluntarias con el fin de Respalda la Realización Progresiva del Derecho a una Alimentación Adecuada en el Contexto de la Seguridad Alimentaria y Nutricional.
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2008)	<i>“Los Estados Parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, ...” (Párrafo 1 del artículo 28: Nivel de vida adecuado y protección social)</i>

Destaquemos que las comunidades y los proveedores de alimentos no son sujetos pasivos en la decisión de consumir “alimentos sanos”; así como la presión social ha hecho que a nadie se le ocurra ya fumar en un colectivo, los vendedores de alimentos y los consumidores pueden asumir un rol activo en procura de una mejor alimentación (Kaur et al., 2022). Las normas de etiquetado frontal se inscriben en este rol.

Desafíos

Los comienzos del siglo XXI muestran una tendencia irreversible a la conformación de megaconcentraciones urbanas que se configuran como un conjunto de individuos y organizaciones con interacciones culturales y socioeconómicas en las que se acentúan los patrones globalizados y se desdibujan las particularidades.

La persistencia de esta tendencia exige mayor consideración a las implicaciones ambientales de las decisiones y a mejorar la planificación sistemática de entornos urbanos de alta calidad, teniendo en cuenta sus consecuencias tanto para el ambiente como para la economía de las ciudades y sus habitantes.

El crecimiento “anárquico” de las ciudades debe resolverse atendiendo algunas necesidades, tales como:

- Reducir las condiciones de vulnerabilidad de la población a las exposiciones ambientales potencialmente causantes de daños a la salud que resultan de los procesos sociales, económicos, culturales y políticos que ocurren en las ciudades, como bajos salarios, poblaciones con ingresos por debajo del nivel de supervivencia, desempleo, ocupación informal, falta de acceso a los derechos laborales, violencia interpersonal y colectiva, disputas ilegales del suelo, bajos niveles de educación formal y técnica, analfabetismo, déficit de infraestructura básica de vivienda, saneamiento y transporte colectivo.
- Evitar el aumento de áreas contaminadas y de pasivos ambientales no registrados debidos a la industrialización no planificada, sin cuidados ambientales, para reducir el riesgo de exposición a elementos tóxicos por las poblaciones que se instalan sobre antiguas áreas contaminadas, próximos a parques industriales y/o en cercanía de industrias contaminantes.
- Mejorar la movilidad urbana fortaleciendo alternativas al privilegio del transporte particular-individual basado en los automóviles.
- Cambiar la matriz energética del transporte basada en el consumo de combustibles fósiles.
- Evitar la concentración de ozono troposférico emitido en los grandes conglomerados por la intensa concentración de tráfico e industrias.
- Instaurar políticas firmes para la gestión de los residuos sólidos y para la seguridad química, garantizando que las áreas urbanas tengan un ambiente libre de los riesgos ocasionados por los residuos peligrosos.
- Atender a las modificaciones en el perfil demográfico, como por ejemplo el envejecimiento de la sociedad, que requiere políticas específicas de adecuación del espacio urbano a las nuevas demandas.
- Promover conductas saludables, tanto en relación con una alimentación en cantidad y calidad satisfactoria como en oposición al sedentarismo y al consumo de drogas, evitando que los medios publicitarios modelen el consumo.

3. Perspectivas

Las ciudades y los grandes conglomerados urbanos alojarán a la mayoría de la humanidad en las próximas décadas. Esto impone a la comunidad internacional la necesidad de sostener una calidad de vida sana en estas grandes áreas urbanas como imprescindible foco del compromiso con la sostenibilidad planetaria.

Partamos de la base de aceptar que no hay dos ciudades iguales y que, como el dicho enuncia, “Roma no fue hecha en un día”. En otras palabras, cada ciudad tiene peculiaridades que requieren atención y deben dar base a su propio proyecto de desarrollo.

Si las ciudades crecen y no ponemos racionalidad en su desarrollo, aumentará el descontento social. En este proceso las vulnerabilidades serán inmediatas y a largo plazo, como el incremento de la inseguridad en general y los déficits en la provisión de servicios de agua y saneamiento. Además, las áreas conurbanizadas necesitarán mejores y más amplias respuestas preventivas para los desastres naturales, como inundaciones y deslizamientos.

Los asentamientos humanos evolucionan durante largos períodos de tiempo por el esfuerzo acumulado de muchas generaciones. La estructura física resultante en cada ciudad es significativamente estable a lo largo del tiempo, aun cuando sufra eventos devastadores como guerras, incendios, terremotos, etc. En la construcción del espacio urbano debe tenerse en cuenta que cada componente tiene sus características y tiempos.

La comunidad internacional ha acordado, primero en la Agenda 21 (Naciones Unidas, 1992) y más recientemente al fijar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2015), “lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles”. Así, expresó las metas de *“asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales”* (11.1) y de *“aumentar la urbanización inclusiva y sostenible y la capacidad para la planificación y la gestión participativas, integradas y sostenibles de los asentamientos humanos en todos los países”* (11.3).

Para ello sería ideal que contáramos con una Estrategia Ambiental Global para el Desarrollo Urbano Sostenible que permitiera a cada ciudad identificar sus logros y déficits para elaborar su propio Plan de Gestión Ambiental Urbana. Esta propuesta debe ser ecosistémica, enfatizando la naturaleza compleja de las ciudades y la caracterización de las gestiones de la energía, los recursos naturales, las emisiones de gases con efecto invernadero, el uso del agua, el control del ruido y de la calidad del aire, el cuidado de la naturaleza y la biodiversidad, el transporte y movilidad, y la gestión de los residuos como procesos de cambio y desarrollo continuos y orientados al desarrollo sostenible, considerando sus relaciones con los aspectos sociales y económicos e incluyendo la previsión sobre las implicancias sanitarias de los problemas ambientales.

La planificación, entendida como *“una práctica sistemática y formalizada que desarrolla análisis situacionales, establece estructuras propositivas valoradas, construye o descubre estrategias adecuadas que permitan alcanzar estos objetivos, evaluando ajustadamente sus probables consecuencias y que se diferencia de otras herramientas proyectivas como programas y proyectos por su mayor extensión temática y problemática y por el uso de horizontes de tiempo más amplios”*, es una necesidad impostergable para un desarrollo armónico de las ciudades. No incorporar activamente la planificación a la gestión urbana es ser socialmente indiferente al futuro, un lujo intolerable para toda sociedad (Rovere, 2003).

También es imprescindible comprender y dimensionar la capacidad de soporte y de sostenibilidad del ambiente urbano, con mayor claridad sobre los límites de los cambios aceptables. La planificación debe tener en cuenta el límite del soporte y que los cambios deseables nunca ocurrirán sin procesos de movilización, concientización, formación y cambio de comportamiento de la sociedad.

El desafío es distinto según la dimensión de la concentración urbana y es particularmente complejo en áreas metropolitanas integradas por varios municipios como Buenos Aires (Onestini, 2000), Ciudad de México (Salazar Cruz, 2000), Rio de Janeiro (Cardoso et al., 2000) o San Pablo (Jacobi, 2000) por la diversidad de autoridades y la dificultad que ello supone para la construcción de consensos.

Para el caso de los grandes conglomerados esta visión, focalizada en el cómo más que en el que, se encuentra en los Términos de Referencia de la Iniciativa por Metrópolis Saludables (Westphal et al., 2005) que propone:

1. La necesidad de identificar y entender los problemas y las formas de intervención que permitan las tomas de decisiones necesarias y sirvan de base para la gestión.

2. El desarrollo de sistemas de información de acceso libre que contengan base de datos específicos que puedan articularse posibilitando la organización de la información disponible y el establecimiento de indicadores.
3. La realización de actividades educativas y de capacitación de todos los actores sociales, principalmente en los grupos poblacionales más vulnerables y afectados.
4. La creación y desarrollo de procesos participativos y democráticos para la conformación de propuestas de intervención, gestión, seguimiento y evaluación de todos los tipos de acciones (técnicas, legales, políticas, jurídicas, educativas, etc.) que permitan juzgar los resultados logrados.
5. La creación y desarrollo de sistemas articulados de intervención, normatización, monitoreo y fiscalización de las condiciones ambientales y de los eventos de salud con ellas relacionados, con el fin de preservar una relación ambiente-salud saludable.

En esta dirección podemos rescatar algunos antecedentes que entendemos valiosos. Por un lado, la OMS (Flynn & Dennis, 1995) y la Red Española de Ciudades Saludables (Fariña et al., 2019), han presentado guías prácticas de instrumentos para identificar medidas existentes y usadas para desarrollar Ciudades Saludables, en línea con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Estatutos, 1996). Por el otro, la Unión Europea identificó cuatro temas transversales para la sostenibilidad urbana (gestión, transporte, construcción y diseño) (Commission of the European Communities, 2004). Finalmente, una propuesta realizada en nuestro país, desarrolla aspectos conceptuales e instrumentales que relacionan dimensiones fundamentales de la calidad de vida urbana buscando comprender cuales son las variables que intervienen, como así también cómo y dónde intervienen, con el objetivo de detectar inequidades y poder actuar en consecuencia (Díscoli et al., 2013).

Adicionalmente, cualquier intento de conocer y modificar la realidad requiere de instrumentos de evaluación. En este aspecto podemos destacar dos trabajos: uno de la CEPAL que presenta una serie de indicadores comparables a nivel regional, calculados usando bases de microdatos de censos de población y vivienda y de encuestas de hogares, para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en áreas urbanas de países de América Latina (Cecchini et al., 2006), y una revisión de otros trabajos realizados (Velázquez et al., 2019).

Las ciudades dibujadas por la presión económica reiteran un histórico proceso de despojo del territorio, perpetuando factores que refuerzan la planificación para el interés privado, para la especulación inmobiliaria, para el tránsito de vehículos particulares, con ausencia de espacios verdes y veredas y con una clara segregación residencial socio económica (Vargas et al., 2010). La falta de políticas públicas y normas que tengan en cuenta la cuestión de la sostenibilidad y de la relación ambiente-población saludable en su integralidad exigen un cambio urgente que promueva la inclusión económica, social y urbana.

El horizonte es más crítico en los países en desarrollo. La ausencia de políticas de sostenibilidad resulta en la distribución inadecuada de la población en el territorio ya que la falta de perspectiva en los lugares de origen crea refugiados ambientales que buscan sobrevivir en las grandes áreas urbanas. Así, las ciudades presentan un crecimiento centrífugo, continuado y predatorio en la ocupación del suelo. Mientras los centros urbanos ofrecen infraestructura desocupada, los migrantes van a vivir a las periferias, muchas veces asentados irregularmente en áreas de riesgo, obligados a desplazarse diariamente hacia su trabajo o en su búsqueda. Con urbanización descontrolada no hay capacidad de absorber los nuevos flujos de población; la falta de vivienda, trabajo formal e infraestructura impactan en las ciudades como un todo, expandiendo los conglomerados urbanos en forma

desregulada, con altos niveles de inseguridad y riesgos ambientales y sanitarios crecientes. La vulnerabilidad de estas poblaciones es proporcional a la informalidad (Córdoba-Hernández et al., 2020).

Por último, la conformación de una propuesta urbana es ganancia pura para las autoridades en ejercicio, que asumen un proyecto político implícito de la ciudadanía que espera el cumplimiento de los derechos sociales ya establecidos, defendiendo democráticamente el uso y aprovechamiento del bien público “salud y ambiente” (Bibiloni, 2010).

Referencias Bibliográficas:

- Bibiloni, H. (2010). La perspectiva metropolitana en la gestión ambiental y sanitaria. ¿Oportunidad o utopía? Presentado en el Seminario La Salud y el Ambiente en las Áreas Metropolitanas, Buenos Aires.
- Blanco G.J., Rivera, A., López, O. & Rueda, F. (1997). Calidad de Vida y Salud. Aproximaciones teóricas y su exploración en el espacio urbano. En: *Calidad de Vida. Seminario Permanente de Antropología Urbana. Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno suburbano.* (p.133) Instituto de Investigaciones Antropológicas. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cardoso, A.L., Alves Dos Santos Jr, O. (2000). Política ambiental y gestión municipal en la Región Metropolitana de Rio de Janeiro. Págs. 35-52 en *Desarrollo y Ambiente en La Práctica Urbana de América Latina*, (M Onestini Compiladora) Centro de Estudios Ambientales, Buenos Aires.
- Cecchini, S., Rodríguez, J., Simioni, D. (2006). La medición de los objetivos de desarrollo del milenio en las áreas urbanas de América Latina. *CEPAL, Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos 43*, 111 págs. Stgo. de Chile.
- Commission of the European Communities. (2004). Towards a thematic strategy on the urban environment. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Region. Brussels COM (2004)60 final.
- Córdoba-Hernández, R., Pérez García-Burgos, A. (2020). Urbanización inclusiva y resiliente en asentamientos informales. Ejemplificación en Latinoamérica y Caribe. *Bitácora Urbano Territorial* 30 (II), 61-74. <http://dx.doi.org/10.15446/bitacora.v30n2.81767>
- Díscoli, C.A., San Juan, G., Martini, I. et al. (2013). Calidad de vida en el sistema urbano : una aproximación teórica y metodológica . - 1a ed. - La Plata, Ed. Universitaria de La Plata.
- Estatutos de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>
- FAO. (2004). Directrices Voluntarias del Derecho a Alimentación. Disponible en <https://www.fao.org/publications/card/es/c/4fa6ce2f-90a7-5d29-8e2d-543d0f04a627/>
- Fariña, J., Higuera, E., Román, E. (2019). Ciudad, Urbanismo y salud. Documento Técnico de criterios generales sobre parámetros de diseño urbano para alcanzar los objetivos de una ciudad saludable con especial énfasis en el envejecimiento activo. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Federación Española de Municipios y Provincias. Madrid.

- Flegal, K.M. (2017). Body-mass index and all-cause mortality. *Lancet* 389(10086):2284-2285. Disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31437-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31437-X) .
- Flynn, B.C., Dennis, L.I. (1995). Documentar la situación sanitaria urbana: Instrumentos para ciudades saludables. EUR/ICP 9407/PB01,
- Gueddes, P. (1915). Citado en Ciudades en evolución (Moro Vallina M.: introducción, traducción y notas) 2009, Oviedo KRK ediciones.
- Guh, D.P., Zhang, W., Bansback, N. et al. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 9:88. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-88> .
- Guthold, R., Stevens, G.A., Riley, L.M. & Bull, F.C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*, 6(10), e1077-e86.
- Haskell, W.L. (1995). Physical activity in the prevention and management of coronary heart disease of the PCPFS. *Research Digest* 1(2), 1-12.
- Hotez, P.J. (2017). Global urbanization and the neglected tropical diseases. *PLoS Negl Trop Dis* 11(2), e0005308. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0005308>
- Jacobi, P. (2000). Problemas de medio ambiente en San Pablo. El reto de la corresponsabilidad y el manejo innovador de la crisis. Págs. 89-106 en *Desarrollo y Ambiente en La Práctica Urbana de América Latina*, (M Onestini Compiladora) Centro de Estudios Ambientales, Buenos Aires.
- Jenkins, R.H., Vamos, E.P., Taylor-Robinson, D. et al. (2022). Changes to local area public sector spending and food purchasing in England: a longitudinal ecological study. *BMJ Nutrition, Prevention and Health* 5, e000346. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1136/bmjnph-2021-000346>
- Johnston F.E. (1993). The urban disadvantage in the developing world and the physical and mental growth of children. En: *Urban ecology and health in the third world*, L.M. Smith & A. Bilsborough Eds, (pp. 26-37) Cambridge University Press.
- Kaur, R., Winkler, M.R., John, S. et al. (2022). Forms of Community Engagement in Neighbourhood Food Retail: Healthy Community Stores Case Study Project. *Int J Environ Res and Public Health* 19, 6986. <https://doi.org/10.3390/ijerph19126986>
- Kovalskys, I., Cavagnari, B.M., Zonis, L. et al. (2020). La pobreza como determinante de la calidad alimentaria en Argentina. Resultados del Estudio Argentino de Nutrición y Salud (EANS). *Nutrición Hospitalaria* 37(1), 114-122. Disponible en <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02828>
- Leiva, A.M., Martínez, M.A., Cristi-Montero, C. et al. (2017). El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. *Rev méd Chile* 145(4). Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400006>
- McGuirt, J.T., Jilcott Pitts, S.B., Labban, J.D. et al. (2022). Evidence of Geospatial and Socioeconomic Disparities in Access to Online Grocery Shopping for Fresh and Frozen Produce in North Carolina. *J Acad Nutr Diet* S2212-2672(22), 00271-4. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2022.05.008>
- Monteiro, C.A., Mondini, L., de Souza, A.L., Popki, B.M. (1995). The Nutrition Transition in Brazil. *Eur J Clin Nutr* 49(2), 105-13.

Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Naciones Unidas. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23782/norma.htm>

Naciones Unidas. (1981). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Naciones Unidas. (1992). Agenda 21. Programa de Acción de las Naciones Unidas. Disponible en <https://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/index.htm>

Naciones Unidas. (2008). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en <https://sustainabledevelopment.un.org/>

Ng M., Fleming, T., Robinson, M. et al. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 384, 766–781. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)

Ortale S. & Rodrigo M.A. (1998). Pobreza, desnutrición infantil y morbilidad en familias del área urbana del Gran la Plata, Buenos Aires. *Arch Latinoamer Nutr* 48, 146-151.

OEA. (1999). Protocolo de San Salvador Disponible en <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/>

OECD. (2015). Health at Glance 2015. OECD Indicators. Paris, OECD Publishing. Disponible en https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en

OMS. (1948) Disponible en <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

OMS. (2017) Estadísticas varias. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

OMS. (2021). Salud Urbana. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/urban-health>

OMS. (2021) Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Onestini, M. (2000). Desarrollo urbano sustentable en América Latina. Págs. 17-34 en *Desarrollo y Ambiente en La Práctica Urbana de América Latina* (M Onestini Compiladora) Centro de Estudios Ambientales, Buenos Aires.

- OPS. (2023). Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-desatendidas-tropicales-transmitidas-por-vectores>.
- Oxford Martin School, University of Oxford. Disponible en <https://ourworldindata.org/> Recuperado el 13 de septiembre 2022.
- Pérez, B.M. (2003). Efectos de la urbanización en la salud de la población *An Venez Nutr* 16(2). Disponible en <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2003/2/art-6/>
- Ramirez, B. (2018). Research analysis finds gaps in urban health knowledge and actions to control infectious diseases. TDR news 7 sept 2018.
- Rovere, M. (2003). La Planificación Estratégica y la Ciudad como Sujeto. *La Gran Ciudad* 2, 53-66. Disponible en https://issuu.com/fundacionmetropolitana/docs/lagranciudad_02
- Salazar Cruz, C.E. (2000). Políticas y programas medioambientales en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. Págs. 117-130 en *Desarrollo y Ambiente en La Práctica Urbana de América Latina*, (M Onestini Compiladora) Centro de Estudios Ambientales, Buenos Aires.
- Stevens, G.A., Beal, T., Mbuya, M.N.N. et al. (2022) Micronutrient deficiencies among preschool-aged children and women of reproductive age worldwide: a pooled analysis of individual-level data from population-representative surveys. *Lancet Global Health* 10:e1590-99.
- Torres-Tovar C.A. (2020). Materialización del derecho a la ciudad. *Bitácora* 30(1), 7-14.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2014). World Urbanization Prospects. 2014 Revision. <http://www.un.org/en/development/desa/publications/2014-revision-world-urbanization-prospects.html>
- Vargas, D.I., Jiménez, M.E., Grindlay, M.A., Torres, T.C. (2010). Proceso de mejoramiento barrial participativo en asentamientos informales. *Revista INVI* 68(25), 59-96.
- Velázquez Mar, A.C., Salazar Solano, V. (2019). Indicadores de calidad ambiental urbana: una revisión. *Gestión y Ambiente* 22(2), 303-312. Disponible en <https://doi.org/10.15446/ga.v22n2.80854>
- Westphal, M.F., Bocuhy, C., Malo, M., Tambellini, A. et. al. (2005). Metrôpoles saudáveis: reflexões sobre o termo de referência para Metrôpoles Saudáveis. Conferência Internacional Metrôpoles Saudáveis, (PROAM Ed.), San Pablo, Brasil. Disponible en <http://www.proam.org.br/imprensa.asp?ID=1>
- Wilmot, E.G., Edwardson, C.L., Achana, F.A. et al. (2012) Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 55(11), 2895-2905.