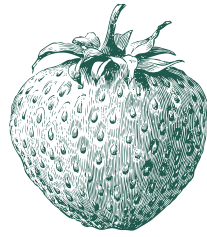




SALUD Y DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

BIENESTAR, EQUIDAD
Y SOSTENIBILIDAD A
TRAVÉS DE LAS POLÍTICAS
ALIMENTARIAS LOCALES



SALUD Y DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

BIENESTAR, EQUIDAD
Y SOSTENIBILIDAD A
TRAVÉS DE LAS POLÍTICAS
ALIMENTARIAS LOCALES

La Red de Ciudades por la Agroecología es una asociación formada por entidades locales del Estado español. Tiene por objeto la generación de una dinámica de cooperación entre entidades locales, así como entre éstas y la sociedad civil, con el fin de construir sistemas alimentarios locales, respetuosos con el medio ambiente, sostenibles, inclusivos, resilientes, seguros y diversificados que aseguren comida saludable, sostenible y accesible al conjunto de la población, y que potencien el empleo local, en línea con las perspectivas de la agroecología y la soberanía alimentaria.

La participación en la Red incluye a personal técnico e investigador y cargos electos, así como movimientos sociales alimentarios que colaboran con las entidades locales miembro. Desde sus orígenes en marzo de 2017, el proceso de conformación de la Red ha sido impulsado por el Ayuntamiento de Zaragoza y la Fundación Entretantos, y ha estado cofinanciado por la Fundación Daniel y Nina Carasso. La Red está abierta al ingreso en la misma de cualquier entidad local comprometida con la promoción de sistemas alimentarios locales de base agroecológica.



**Salud y derecho a la alimentación.
Bienestar, equidad y sostenibilidad a través de políticas alimentarias locales.**

Noviembre de 2018

Edita: Fundación Entretantos, con la colaboración de la Red de Ciudades por la Agroecología

Edición: Secretaría Técnica de la Red de Ciudades por la Agroecología. Jorge Molero Cortés, Daniel López García, y Laura Arroyo [Fundación Entretantos]

Autorxs de los capítulos: Jorge Molero Cortés, María Dolores Raigón, Mariana F. Fernández, Cecilia Díaz-Méndez, Isabel Álvarez Vispo

Diseño y maquetación: Javier García [Fundación Entretantos]

Imágenes: vecteezy.com

Depósito Legal: DL VA 816-2018

A efectos bibliográficos este trabajo debe citarse como sigue:

Molero Cortés, J.; López García, D; Arroyo, L. (Eds.) (2018) **Salud y Derecho a la Alimentación. Bienestar, equidad y sostenibilidad a través de políticas alimentarias locales.** Valladolid, España: Fundación Entretantos y Red de Ciudades por la Agroecología.

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO.....	9
INTRODUCCIÓN.....	15
OBJETIVOS DEL INFORME.....	15
METODOLOGÍA.....	15
ESTRUCTURA Y CONTENIDO.....	16
AGROECOLOGÍA Y SOBERANÍA ALIMENTARIA PARA LA SALUD Y EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN EN LAS CIUDADES.....	17
SALUD Y ALIMENTACIÓN.....	17
CAMBIOS ALIMENTARIOS PARA LA SALUD Y LA SOSTENIBILIDAD.....	19
LA AGROECOLOGÍA URBANA Y PERIURBANA Y LA SOBERANÍA ALIMENTARIA COMO FORMA DE ALCANZAR EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y SOSTENIBLE EN LAS CIUDADES.....	19
ALIMENTOS Y SALUD.....	23
PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN.....	29
POBREZA, MALNUTRICIÓN Y PRIVACIÓN ALIMENTARIA. ALGUNAS HERRAMIENTAS PARA SU ANÁLISIS.....	33
EL ANÁLISIS CUANTITATIVO. FUENTES ESTADÍSTICAS, LIMITACIONES Y PANORAMA GENERAL DE LA POBREZA Y MALNUTRICIÓN.....	33
EL ANÁLISIS CUALITATIVO TRADICIONAL. HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS Y ESTRATEGIAS SEGUIDAS POR LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA.....	34
NUEVAS PERSPECTIVAS: EL ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE CONSUMO DE RESILIENCIA.....	35
RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL ANÁLISIS DE LA POBREZA Y LA PRIVACIÓN ALIMENTARIA.....	35
LA SALUD Y LA ALIMENTACIÓN DESDE LA MIRADA FEMINISTA.....	37
APROXIMACIÓN A LA SALUD DESDE UN ENFOQUE FEMINISTA.....	37
LA DESIGUALDAD DE LAS MUJERES TRADUCIDA A PATOLOGÍAS.....	38
LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, UN PROBLEMA FEMENINO.....	39
LAS MUJERES COMO CUIDADORAS Y GESTORAS DE ALIMENTO.....	39
SALUD DE LAS MUJERES COMO PRODUCTORAS Y TRANSFORMADORAS DE ALIMENTOS.....	40
FEMINISMO E INTERSECCIONALIDAD, CLAVES EN EL CAMINO AGROECOLÓGICO.....	41
POLÍTICAS PÚBLICAS LOCALES PARA LA SALUD Y EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN.....	43
POLÍTICAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN.....	44
POLÍTICAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD.....	45
PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS ALIMENTARIAS LOCALES PARA LA SALUD Y EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN.....	47
ANEXO I: ANÁLISIS DE ACCIONES IMPULSADAS POR GOBIERNOS MUNICIPALES DE LA RED DE CIUDADES.....	53
ANEXO II: ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE POLÍTICAS LOCALES PARA LA SALUD Y EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	71



RESUMEN EJECUTIVO

Desde 1948, la Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En 1997 la misma organización indicaba que para que una población sea sana deben cumplirse los siguientes requisitos: paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, uso de recursos sostenibles, justicia social, respeto por los derechos humanos y equidad.

La alimentación es el conjunto de acciones conscientes y voluntarias que realizamos antes de introducir un alimento en nuestro organismo. La forma en la que nos alimentamos va a generar una dieta, que es el plan alimentario que seguimos, que podrá responder o no a nuestras necesidades fisiológicas y socioculturales. En función de su adecuación a estas necesidades, la dieta generará un equilibrio o desequilibrio en nuestro organismo, afectando a nuestra salud.

Nuestro estilo de vida actual y el sistema agroalimentario industrializado global están generando una serie de consecuencias negativas sobre la salud de la naturaleza y de los seres humanos que habitamos en ella. Pero el análisis sobre nuestro bienestar es en muchos casos parcial, ya que de forma habitual nos centramos en la salud humana y los efectos que tiene sobre ella la alimentación. Los seres humanos somos un animal más dentro de los ecosistemas y el empeoramiento en las condiciones de ellos afectará, en última instancia, a todos los seres vivos. Tanto la Soberanía Alimentaria como la Agroecología señalan a dicho sistema agroalimentario industrial globalizado entre las principales causas del hambre, de la pobreza y de gran parte de la crisis ecológica. Ambas plantean la necesidad de relocalizar la cadena agroalimentaria para, al hacerlo, generar un cambio en las estructuras de poder de la misma.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunas de las principales causas de enfermedad en el mundo actual son el hábito de fumar, que incluye la exposición pasiva al humo del tabaco, la falta de ejercicio y el no tener una alimentación adecuada. Se trata de factores de riesgo relativamente nuevos con una consecuencia principal: el incremento significativo de enfermedades crónicas, con dolencias prolongadas en el tiempo y que, por lo general, tienen una difícil cura pero que pueden mitigarse actuando sobre los tres factores de riesgo anteriormente indicados. En los países industrializados la prevalencia de enfermedades crónicas como la obesidad, arteriosclerosis, enfermedades coronarias, hipertensión o presión arterial elevada, diabetes mellitus y ciertos tipos de cáncer, relacionadas con la alimentación y asociadas con el consumo excesivo de energía (kilocalorías) o de ciertos alimentos y con estilos de vida más sedentarios, se ha incrementado de manera notable en las últimas décadas, constituyendo un gran problema de salud pública.

La mayoría de las personas expertas coinciden en que una dieta saludable y sostenible integra, por un lado, qué comemos y por otro, cómo comemos, nos proveemos de los alimentos y los cocinamos. Así, las líneas directrices generales serían: más consumo de frutas y verduras de temporada, locales y ecológicas, adquiridas en mercados próximos; menor consumo de alimentos de origen animal y siempre priorizando aquellos de ganadería extensiva ecológica; sustituir las proteínas animales por las vegetales, especialmente a partir de leguminosas; disminuir radicalmente el consumo de azúcar, grasas saturadas y sal; revalorizar alimentos, variedades locales y recetas tradicionales; conocer cómo y quién produce la comida; planificar los menús y las compras; cocinar y comer disfrutando de la comida, con equilibrio y moderación; evitar el despilfarro alimentario y fomentar la compra a granel minimizando el uso de envases priorizando aquellos compostables.

El valor bromatológico de los alimentos tiene repercusiones sobre la salud. La concentración en nutrientes de los alimentos es variable y depende de diferentes factores, entre ellos las técnicas de producción así como del resto de factores que intervienen en el sistema de producción (fertilización, productos fitosanitarios, agua de riego, exposición a luz, alimentación del ganado, bienestar animal, profilaxis, etc.). Además, los distintos métodos y productos empleados en el proceso de postcosecha y elaboración pueden ser importantes y decisivos en la composición y calidad final del producto alimenticio. Las aportaciones más recientes sugieren que las frutas y hortalizas cultivadas ecológicamente contienen niveles más altos de fitoquímicos beneficiosos para la salud (vitaminas, polifenoles, carotenoides y sustancias antioxidantes en general).

Las contribuciones de la agricultura ecológica al área de la salud se focalizan en producir alimentos que contribuyan a la atención sanitaria preventiva y al bienestar común, con alta calidad nutricional, y libres de residuos (restos de nitratos, fitosanitarios, medicamentos de animales y/o aditivos alimentarios) que puedan tener efectos adversos para la salud y el medioambiente. Al abstenerse de utilizar insumos procedentes de la síntesis química, como por ejemplo insecticidas, herbicidas, fertilizantes, fungicidas, medicamentos veterinarios (antibióticos, hormonas del crecimiento) y aditivos alimentarios sintéticos, así como técnicas como la irradiación o el uso de organismos genéticamente modificados, se se previenen, en la medida de lo posible, los peligros potenciales que plantean los residuos de los insumos sintéticos.

La dieta, además de integrar sustancias necesarias para el correcto crecimiento y funcionamiento de nuestro organismo, puede también ser fuente de exposición a contaminantes químicos, capaces de alterar el equilibrio hormonal y favorecer, por ejemplo la obesidad. Desde la segunda mitad del siglo pasado se viene produciendo un aumento progresivo en la producción y uso de compuestos químicos de síntesis, de utilidad en muchos bienes de consumo, que en cierta manera corre en paralelo al incremento de ciertas patologías de base metabólica y hormonal, como la obesidad y la diabetes. Las personas expertas estiman, además, que al menos uno de cada cuatro de los casos de cáncer (25-30%) que se diagnostican podría estar relacionados con lo que comemos.

La Encuesta Nacional de Salud muestra la malnutrición en la sociedad española, pero no asociada a la falta de comida sino a su exceso. Los datos de los últimos años presentan un panorama preocupante en relación con el aumento de la obesidad en la sociedad española. La relación entre la clase social y la obesidad se confirma, ya que los individuos de las clases sociales más bajas son los más afectados por este problema. Pero además, es en las clases sociales más bajas en las que ha continuado aumentando la obesidad en los últimos años, reduciéndose en el resto. No es exagerado afirmar que la obesidad es la nueva forma de desigualdad alimentaria, la manifestación moderna de la pobreza, que sustituye al hambre en los países "ricos". Cuando algunos de los "nuevos pobres" describen su situación con un "hoy me ha tocado a mí", están diciendo que el siguiente podría ser cualquiera, pero también están argumentando que esperaban una respuesta de una sociedad con un bienestar al que ellos mismos habían contribuido unos meses antes.

La alimentación y la salud, en la medida en la que se sitúan dentro de la esfera de los cuidados, han sido históricamente una responsabilidad feminizada. La desigualdad en el reparto del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres y la división sexual del trabajo son pilares fundamentales del modelo capitalista y patriarcal, y se ha asignado a las mujeres un rol de cuidadoras devenido por su capacidad física de reproducción. Las corporaciones han visto la oportunidad de abrir un campo amplio a la llamada "suplementación", es decir, a intentar compensar las carencias nutricionales de los productos que nos ofrece el sistema agroindustrial con más productos producidos por el mismo sistema, con suplementos que compensen estas carencias, interpelando a las mujeres cuidadoras responsables. Además, dentro de estos productos hay una amplia gama que responden a las supuestas necesidades de las mujeres en determinados momentos vitales. La menopausia, la lactancia, la maternidad o la pubertad, lejos de tratarse como procesos naturales se han patologizado tratándolos más como una enfermedad que como un estado vital, visibilizándolos como problemas y generando todo un mercado de posibles soluciones con productos suplementados.

En todo este camino que se describe, se da lo que desde el enfoque feminista se llama la colonización de los cuerpos de las mujeres, es decir, una invasión de su capacidad de decisión sobre cómo quieren ser, estar y vivir en esta sociedad. Esta colonización se constata por ejemplo, cuando se analizan las cifras de las personas que sufren trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia, donde la mayoría de los trastornos los sufren mujeres jóvenes. Los problemas de alimentación y la salud física y mental de las mujeres vienen altamente determinados por la construcción patriarcal que las sitúa como un mero objeto o como habitantes de segunda. Esta construcción es la que lleva a ritmos de vida imposibles, actividades reproductivas y mujeres productoras invisibles y a que las mujeres se sitúen en el último eslabón en el sistema alimentario, por detrás de todos los que las rodean. Por ello, el trabajo desde la agroecología debe incorporar la perspectiva feminista como una de las claves en posibles transiciones. El reconocimiento de todos los trabajos que sostienen la cadena alimentaria, dando visibilidad e importancia a la economía del cuidado, es uno de los puntos fundamentales en estos procesos.

En 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) en su artículo 24 relaciona nivel de vida, bienestar, salud y alimentación; y en 1976, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 11 reconoce el derecho de todas las personas a un nivel

de vida adecuado, incidiendo especialmente en la alimentación y el hambre. En 2004, la FAO desarrolló una serie de Directrices Voluntarias en Apoyo de la Realización Progresiva del Derecho a una Alimentación Adecuada en el contexto de la Seguridad Alimentaria Nacional. A pesar de que algunos críticos sugieren la naturaleza voluntaria de las Directrices anteriores, éstas fueron aprobadas por consenso por los Estados miembros de la FAO (entre los cuales se encuentra el Estado español) y por lo tanto, dichos estados no pueden sostener que no conocen las Directrices ni negarse a acatarlas. De forma categórica, en 2017, la ONU ratificó "el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos, suficientes y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación adecuada y con el derecho fundamental de todas las personas a no pasar hambre, a fin de poder desarrollar y mantener plenamente su capacidad física y mental insistiendo de esta forma, 69 años después de la DUDH en la importancia de la alimentación para la salud. Así, a pesar de existir numerosa jurisprudencia y acuerdos que vinculan la alimentación, la nutrición, la salud y el derecho a la alimentación, los diferentes Organismos supraestatales, Estados, Regiones y Municipios no protegen eficazmente a las ciudadanas y ciudadanos ante la malnutrición, la destrucción de la naturaleza y el deterioro de las condiciones de vida de los seres humanos que el sistema agroalimentario actual ocasiona. La OMS indica textualmente que "dado que las fuerzas del mercado global controlan el suministro de alimentos, la alimentación saludable es una cuestión política."

La literatura académica aún no aborda con profundidad la conexión entre salud pública y soberanía alimentaria en el campo de las políticas públicas alimentarias que deberían ir de la mano de las estrategias de promoción de la salud y del desarrollo social. Existe aún distancia entre las políticas alimentarias y las de salud pública, siendo las primeras esenciales para las segundas. Por su parte, la política agraria, parece haber quedado reducida en la última década a normas que establecen requisitos y condiciones para el cobro de ayudas, y condiciones técnicas de la producción.

A partir de varios análisis se aprecia una ausencia notable en el aspecto de la salud y la nutrición tanto en las iniciativas como en las políticas alimentarias locales en el contexto español, realizándose actividades de sensibilización en productos locales que se asocian a mayor salud. Las áreas de salud de los ayuntamientos, salvo excepciones, no están implicadas en el desarrollo de las estrategias alimentarias. Se concluye que hay una menor frecuencia de programas en las ciudades y también se da una menor diversidad de actuaciones en el ámbito de la salud y la equidad respecto a otros ámbitos de las políticas alimentarias. Las acciones identificadas se centran en la compra pública sostenible, sistemas específicos para garantizar el acceso de familias de bajos ingresos a alimentos frescos, locales y/o ecológicos, huertos sociales como equipamiento asistencial de carácter socio-sanitario para grupos sociales en riesgo de exclusión o el apoyo de distintas formas a empresas de inserción socio-laboral relacionadas con las producciones agrícolas locales.

Así, para el desarrollo de políticas públicas locales que tengan como objetivo que todas las personas adquieran un alto nivel de salud, es necesario tener en cuenta varias premisas. La primera es que, la alimentación es junto al ejercicio físico, uno de los factores que más condicionan el bienestar de las personas, siendo la salud una condición multifactorial que, para ser potenciada desde las entidades locales, requiere de un esfuerzo en distintos ámbitos además del agroalimentario, como en salud pública, transporte, medio-ambiente, educación, etc. Es, por lo tanto, imprescindible la coordinación entre las diferentes concejalías, departamentos, áreas, servicios, etc., y lograr el establecimiento de planes transversales para ello.

La segunda, ya centrándonos en el aspecto alimentario y partiendo de la premisa anterior, es que el tipo de sistema agroalimentario que apoyemos va a influir en el nivel de salud de las personas. De esta forma, las medidas a tomar tendrán que realizarse a lo largo de todo el sistema: desde la producción de los insumos agrícolas hasta el consumo final y la gestión de los residuos generados, tanto en los hogares como en los procesos de transformación.

La tercera, es que el hogar es el nexo de unión entre la producción de alimentos y su disponibilidad y los hábitos y las prácticas alimentarias llevadas a cabo por las personas. De esta forma podemos interconectar los sistemas agroalimentarios locales, con la salud y la nutrición a través de lo realizado en los hogares, incidiendo una vez más que uno de los resultados más importantes de ellos es el estado de salud de la población.

Por ello, las políticas que incidan directamente sobre el comportamiento de dichos hogares y la disponibilidad local de alimentos tendrán un efecto directo sobre la seguridad alimentaria, la seguridad nutricional y el estado de salud de los miembros del domicilio. Pero también, si realizamos un proceso inverso y diseñamos nuestra alimentación para alcanzar la Seguridad Nutricional desde la visión de

la alimentación sostenible (a partir de alimentos locales, ecológicos, de temporada, con el empleo de variedades locales, con poco procesado, etc.) podemos establecer una nueva dimensión de Seguridad Alimentaria y Disponibilidad de Alimentos Locales.

El panel de expertos de alto nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición (HLPE), propone un marco conceptual para la realización de acciones en torno a la alimentación que sigue un esquema similar al funcionamiento del sistema agroalimentario. Desde lo público podemos actuar, con mayor o menor capacidad, en el funcionamiento de dicho sistema en varios niveles/etapas como presentamos en la siguiente tabla resumen, siguiendo dicho esquema.

Tabla 1. Ámbitos en los que es posible la incidencia en el sistema alimentario desde las políticas públicas.

Disponibilidad	Acceso	
Biofísicos y medioambientales	Socio-culturales	
Legislación medioambiental local sobre prácticas productivas, industrias, etc; protección de la calidad de agua; regeneración de espacios degradados; instalación de infraestructura ecológica (setos, corredores, etc.)	Equidad de género y perspectiva feminista; fomento de la cultura de la sostenibilidad/ decrecimiento y el consumo responsable	
Innovación, tecnológicos y de infraestructura.	Demográficos	
Investigación "local" (técnicas y manejo, variedades mejora y adaptación sistemas de regadío, etc.)	Planificación familiar, ayudas a personas jóvenes/familias. Integración de la inmigración	
Económicos y políticos		
Buena gobernanza. Sensibilización y formación de personal municipal, formación a escuelas y centros de trabajo. Coordinación de departamentos/concejalías (Medio-Ambiente, Salud, Servicios Sociales, Movilidad, etc)		
Cadena de suministros	Ambiente alimentario	Comportamiento de la persona consumidora
Sistemas productivos	Disponibilidad y acceso físico	Dónde, a quién
Almacenaje Distribución	Acceso económico	Qué
Procesado Transformación	Promoción publicidad info	Preparar Cocinar Almacenar
Venta minorista Mercados Restauración	Calidad y seguridad alimentaria	Comer

En las siguientes tablas mostramos una lista de posibles acciones, no detalladas, para lograr incidir en la cadena de suministros, en el ambiente alimentario y en el comportamiento de la persona consumidora.

Tabla 2. Acciones sobre la cadena de suministro.

Cadena de suministros	
Sistemas productivos	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la Tierra: Bancos de tierras, arrendamientos y consorcios, recuperación espacios abandonados y/o degradados. • Inputs: Fabricación local de abono y compost (reciclaje de la materia orgánica urbana/periurbana), creación de Viveros-Semilleros, elaboración de fitosanitarios ecológicos, creación de un parque de maquinaria pública compartida. • Formación/Información. Apoyo técnico. Incorporación a la actividad agraria. Emprendimiento agroecológico. Proyectos piloto o demostrativos.

Cadena de suministros	
Sistemas productivos	<ul style="list-style-type: none"> Adaptación o búsqueda de software de gestión adaptado a CCC. Simplificación de la legislación, fomento de la interpretación menos restrictiva de las normativas (ej.Sanitaria), SPGs. Financiación: directa, incentivos económicos, ayuda en búsqueda de crowdfunding. Reducción o eliminación de impuestos y tasas municipales. Uso compartido/reabrir mataderos municipales y otras infraestructuras públicas infrautilizadas (naves, etc.).
Almacenaje Distribución	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a plataformas logísticas municipales. Creación de centros de manipulación, almacenamiento y distribución compartida. Adaptación o búsqueda de software para logística compartida.
Procesado Transformación	<ul style="list-style-type: none"> Creación de Obradores/industrias municipales-colectivas. Formación/Información. Apoyo técnico. Incorporación. Emprendimiento agroecológico. Proyectos piloto o demostrativos. Adaptación o búsqueda de software de gestión adaptado a CCC. Simplificación legislación, Interpretación Normativas (ej.Higiénico Sanitaria).
Venta minorista Mercados Restauración	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de Ecomercados. Tiendas colectivas. Espacios en mercados municipales y locales públicos infrautilizados. Financiación (directa, incentivos, crowdfunding), Impuestos y tasas). Formación/Información. Apoyo técnico. Incorporación. Emprendimiento. Proyectos piloto o demostrativos. Software gestión. Compra pública y contratos catering.

Tabla 3. Acciones sobre el ambiente alimentario.

Ambiente alimentario	
Disponibilidad y acceso físico	<ul style="list-style-type: none"> Ecomercados, Fomento de los minoristas y de Tiendas de Economía Social, "Mercados sobre ruedas o móviles". Espacios en mercados municipales y locales públicos infrautilizados. Productos locales y eco en mercados de abastos. Cooperación con Mayoristas. ¿Gran distribución? Comedores y compra pública, Catering, Comida a domicilio. Reaprovechamiento de los excedentes. Colaboración con bancos de alimentos Huertos escolares y sociales; Jardines públicos comestibles Participación con ONGs y Movs. Sociales
Acceso económico	<ul style="list-style-type: none"> Precio (establecimiento precios asequibles en minoristas para recibir ayudas, apoyos; incentivos económicos), Bonos alimentarios saludables Comedores y compra pública, Catering, Comida a domicilio, - Reaprovechamiento excedentes. Desperdicio alimentario: 'Tuppers' para comedores públicos, reaprovechamiento excedentes, bancos de alimentos. Huertos escolares y sociales; Jardines públicos comestibles Diagnóstico de la situación (especialmente en grupos vulnerables),
Promoción publicidad info	<ul style="list-style-type: none"> Campañas participativas. Trabajo con ONGs y Movs. Sociales Medios de difusión pública (webs, RRSS, radios, televisiones), Convenios con medios locales/regionales.

Ambiente alimentario	
Calidad y seguridad alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificación legislación, Interpretación Normativas (ej.Higiénico Sanitaria) • Certificación, Sellos y Etiquetado (local, ecológico, sostenible): Producción y transformación (SPGs); Comedores Públicos y Restauración; Ecomercados, Minoristas, Tiendas Ec.Social

Tabla 4. Acciones sobre el comportamiento de la persona consumidora.

Comportamiento de la persona consumidora	
Dónde, a quién	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de confianza: Espacios de intercambio producción-consumo. Jornadas, Fiestas y eventos, encuentros en torno a la alimentación saludable y sostenible; Visitas a productores/mercados • Promoción, Publicidad e Información en mobiliario público. • Mapas y guías alimentarias y de productores/elaboradores, minoristas, restauración • Centros formativos sobre alimentación y gastronomía. • Certificación, Sellos y Etiquetado (local, ecológico, sostenible): Producción y transformación (SPGs); Comedores Públicos y Restauración; Ecomercados, Minoristas, Tiendas Ec.Social
Qué	<ul style="list-style-type: none"> • Formación, Educación y Promoción de la salud y dietas saludables (individual y colectividades, organismos públicos) • Dificultar acceso a productos poco saludables (impuestos, control de la publicidad, eliminar las ayudas a las empresas productoras) • Centros formativos sobre alimentación y gastronomía. • Fiestas y eventos. • Integración de productos de otras regiones (inmigración) • Certificación, Sellos y Etiquetado (local, ecológico, sostenible): Producción y transformación (SPGs); Comedores Públicos y Restauración; Ecomercados, Minoristas, Tiendas Ec.Social.
Preparar Cocinar Almacenar	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de cocina adaptados . • Formación en nutrición y planificación de menús semanales, optimización compras, uso de variedades locales y productos de temporada. • Fiestas y eventos. Intercambios gastronómicos culturales. • Recuperación de cultura gastronómica tradicional y generación de alternativas actuales. • Centros formativos sobre alimentación y gastronomía • Participación de personas en la elaboración y cocinado del menú de comedores públicos (ej. escolares). • Identificación de buenas prácticas alimentarias. • Trabajo con prescriptores (chefs, personajes públicos,...)
Comer	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificación legislación, Interpretación Normativas (ej.Higiénico Sanitaria) • Certificación, Sellos y Etiquetado (local, ecológico, sostenible): Producción y transformación (SPGs); Comedores Públicos y Restauración; Ecomercados, Minoristas, Tiendas Ec.Social

INTRODUCCIÓN

La salud y el derecho a una alimentación adecuada son derechos que se encuentran avalados y secundados por numerosos tratados, acuerdos y jurisprudencia desde el nivel internacional hasta el local. Sin embargo, a pesar de los compromisos, nos encontramos ante una situación de emergencia debido al ininterrumpido aumento de la incidencia de enfermedades crónicas relacionadas con la mala alimentación, la falta de ejercicio físico, un entorno insalubre y la degradación de la naturaleza. Además, existe un creciente número de personas que tienen dificultades para el acceso a una alimentación saludable y sostenible, siendo además las más castigadas por las enfermedades asociadas a la malnutrición: obesidad, cardiopatías, cáncer, etc.

El presente documento es un esfuerzo compartido por presentar las evidencias científicas, los apoyos institucionales y jurídicos, las experiencias prácticas y las alternativas actuales para, desde la Agroecología y la Soberanía Alimentaria, generar sistemas agroalimentarios locales que permitan alcanzar un alto nivel de bienestar y salud para todas las personas. Surge a partir de la necesidad expresada por las entidades pertenecientes a la Red de Ciudades por la Agroecología y la obligación de profundizar en las carencias detectadas y dudas nacidas a partir de la realización del informe "Políticas alimentarias urbanas para la Sostenibilidad. Análisis de Experiencias en el Estado Español, en un contexto internacional", en Marzo de 2018. A su vez, forma parte del plan estratégico de la Red que incide en la exigencia de disponer de estudios que permitan generar espacios de trabajo y debate sobre temas de importancia estratégica para la Red y las entidades miembro.

Este documento no existiría sin la participación y compromiso de las autoras que han contribuido a la redacción de los diversos capítulos, al personal de la Secretaría Técnica de la Red, la Fundación Entretantos, las personas que trabajan cada día en los ayuntamientos y que además están implicadas en las diferentes estructuras organizativas y de funcionamiento de la Red, así como por el impulso del Ayuntamiento de Zaragoza, la financiación de las propias ciudades y la Fundación Daniel y Nina Carasso.

OBJETIVOS DEL INFORME

El informe tiene como objetivo fundamental sintetizar el conocimiento existente y las prácticas existentes en torno a la salud y el derecho a la alimentación en el ámbito municipal. Se presenta como un documento de debate para que entre todas -las entidades miembro, profesionales, técnicos, colectivos y personas implicadas en temas de alimentación y agroecología- elaboremos nuevas políticas que permitan que todas las personas puedan disfrutar de una alimentación sostenible y saludable.

Dicho objetivo general puede desglosarse en los siguientes objetivos específicos:

- ⇒ Dotar de una visión general de la relación entre la alimentación, el sistema agroalimentario y la salud y las alternativas existentes para que las personas puedan acceder a una alimentación sana y sostenible.
- ⇒ Aportar a los gobiernos de entidades locales herramientas para pensar, diseñar y promover, de forma sistémica, políticas alimentarias sostenibles y saludables de base agroecológica.
- ⇒ Sintetizar experiencias y claves de éxito en el desarrollo de dichas políticas en el ámbito local.

METODOLOGÍA

La elaboración del informe ha contado con dos fases claramente definidas y con metodologías totalmente diferenciadas.

En la primera fase, que podríamos denominar de Investigación documental y elaboración del documento-borrador, se realizaron las siguientes tareas:

- ⇒ A partir de la información y trabajos realizados por la RCxAe y las necesidades detectadas, se generó un esquema de trabajo que permitiera dotar de un hilo conductor a los diferentes capítulos del documento.
- ⇒ Las diferentes autoras realizaron una revisión bibliográfica y análisis documental.

⇒ En paralelo se realizó un análisis de experiencias internacionales.

En una segunda fase, se distribuyó el documento a las distintas ciudades para recibir aportaciones, comentarios y/o sugerencias. De forma simultánea, se recogieron las prácticas realizadas por las ciudades miembro en la materia.

Por último se incorporaron las ideas surgidas en los espacios de encuentro y las prácticas recibidas por las entidades miembro.

ESTRUCTURA Y CONTENIDO

En un primer lugar, se introducen, se desarrollan y se relacionan los conceptos clave para dotar de un marco teórico al resto del documento, a la vez que se van explicando los problemas originados por el actual sistema agroalimentario y se definen las grandes áreas de trabajo.

A partir de esta introducción, proponemos 5 áreas: (1) alimentos y salud, (2) hábitos alimentarios y patologías relacionadas con la alimentación, (3) herramientas de análisis para pobreza y malnutrición, (4) la salud y alimentación desde la perspectiva feminista y (5) políticas públicas locales para la salud y el derecho a la alimentación. La relación/conexión entre las diferentes áreas es la siguiente:.

- ⇒ Al inicio, reflexionamos sobre los alimentos, es decir, qué comemos (1)
- ⇒ Posteriormente, pasamos a cuestionarnos nuestros hábitos alimentarios y su relación con la salud, ya que la dieta (alimentos+hábitos) genera una serie de patologías alimentarias (2) suficientemente estudiadas y contrastadas.
- ⇒ Si sabemos cuál es el origen del problema y qué es lo que tenemos que hacer, ¿por qué hay muchas personas que no llevan una dieta saludable y sostenible? ¿cuáles son los motivos para que las personas con menos recursos presenten una mayor malnutrición? ¿qué herramientas podemos emplear para analizar la incidencia en dichos colectivos más desfavorecidos? (3)
- ⇒ La alimentación y la salud es algo eminentemente feminizado. ¿Cómo nos acercamos a ella desde la perspectiva feminista? (4)
- ⇒ Como consecuencia de todo lo anterior, desde las administraciones, y avalado por numerosos acuerdos institucionales, debemos realizar esfuerzos coordinados y acciones para que todas las personas tengan derecho a una alimentación saludable y sostenible (5)

En el primer anexo se presentan unas fichas que son un análisis de acciones impulsadas por gobiernos municipales de la Red de Ciudades. En el segundo, se presenta el análisis de experiencias internacionales de políticas locales para la salud y el derecho a la alimentación.



AGROECOLOGÍA Y SOBERANÍA ALIMENTARIA PARA LA SALUD Y EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN EN LAS CIUDADES

JORGE MOLERO CORTÉS

SECRETARÍA TÉCNICA DE LA RED DE CIUDADES POR LA AGROECOLOGÍA Y FUNDACIÓN ENTRETANTOS

✉ jorge@ciudadesagroecologicas.eu

La búsqueda de alternativas al sistema agroalimentario industrial globalizado surge desde muchos frentes: del empeoramiento de la calidad de vidas de las personas debido a la malnutrición, por la exposición directa a sustancias tóxicas de millones de personas productoras, por la destrucción de hábitats naturales que albergan a miles de especies, por la imposibilidad de vivir dignamente del trabajo realizado mediante la producción, distribución y/o transformación de productos a pequeña escala...

La agroecología, hasta ahora, no ha tratado de forma profusa el tema de la salud y el derecho a la alimentación dentro de sus dimensiones, tal vez porque consideraba que estaba implícito en su discurso. Sin embargo, es necesario hacer visible los aportes que desde ella y la Soberanía Alimentaria pueden hacerse para modificar las condiciones de vida de millones de personas que habitan en las ciudades y muy especialmente para generar políticas que, desde las instituciones locales en base a principios de buena gobernanza, logren que todas las personas tengan el derecho a una alimentación saludable y sostenible.

SALUD Y ALIMENTACIÓN

Desde 1948, la Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” [1]. En 1997, la misma organización indicaba que para una población sea sana deben cumplirse los siguientes requisitos: paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, uso de recursos sostenibles, justicia social, respeto por los derechos humanos y equidad [2].

La alimentación es un acto central en el quehacer diario de los seres humanos y necesaria para la salud las poblaciones. De forma habitual, en los países enriquecidos, nos alimentamos un mínimo de tres veces al día. La nutrición es el proceso involuntario e inconsciente mediante el cual se generan un conjunto de procesos en nuestro organismo que permiten dotarnos de la energía, de los elementos estructurales y las sustancias necesarias para que podamos seguir vivos. Pero no solo nos alimentamos para nutrirnos, nos alimentamos para disfrutar de la comida y en muchos casos, compartir el momento con otras personas.

Así, la alimentación es el conjunto de acciones conscientes y voluntarias que realizamos antes de introducir un alimento en nuestro organismo [3]. La forma en la que nos alimentamos va a generar una dieta, que es el plan alimentario que seguimos, que podrá responder o no a nuestras necesidades fisiológicas y socioculturales y en función de su adecuación generará un equilibrio o desequilibrio en nuestro organismo. De esta forma, una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad [4]. Pero con los alimentos, además de los nutrientes, pueden aparecer una serie de organismos o sustancias que influyen directamente en nuestra salud. Durante el siglo XIX y XX se han dado los pasos necesarios para que los alimentos, incluyendo el agua, tengan un alto grado de inocuidad microbiológica y las enfermedades transmitidas por organismos haya descendido a niveles anteriormente nunca antes conocidos. A pesar de ello, y como veremos en los siguientes capítulos del informe, hemos ido añadiendo una serie de sustancias que están causando un gran número de enfermedades crónicas.

Desde que los seres humanos habitamos en las ciudades, las sociedades han necesitado generar sistemas que les permitan abastecer de alimentos a un porcentaje de la población sin capacidad para producir la comida que requieren sus necesidades fisiológicas. De esta forma, los Sistemas Alimentarios han sido definidos como “el conjunto de las actividades que concurren a la formación y a la distribución de los productos agroalimentarios y, en consecuencia, al cumplimiento de la función de la alimentación humana en una sociedad determinada” [5]. La idea central que plantea el concepto es la interdependencia existente entre las distintas actividades y sectores que concurren en la función alimentaria, que no se pueden comprender de forma aislada, sino como parte de una estructura económica y política superior [6].

Sin embargo, nuestro estilo de vida actual y el sistema agroalimentario industrializado global están generando una serie de consecuencias negativas sobre la salud de la naturaleza y de los seres humanos que habitamos en ella. La revolución verde y la introducción masiva de la química en el agro, la forma de producir los alimentos, elaborarlos, almacenarlos, distribuirlos y consumirlos ha liberado cantidades ingentes de sustancias xenobióticas ajenas al metabolismo de los seres vivos y está alterando el clima, ha transformado el suelo y el paisaje de una forma sin precedentes, ha roto los ciclos biogeológicos y naturales de los ecosistemas y está agotando los recursos naturales a una velocidad vertiginosa [6]-[17]. De esta forma, el análisis sobre nuestro bienestar es en muchos casos parcial, ya que de forma habitual nos centramos en la salud humana y los efectos que tiene sobre ella la alimentación. Dicho sesgo antropocéntrico no puede dejar de lado la visión holística y sistémica en la cual los seres humanos somos un animal más dentro del ecosistema y que el empeoramiento en las condiciones de ellos afectará, en última instancia, a todos los seres vivos. No podemos pues, a pesar de centrarnos en el presente documento en la salud humana, obviar la importancia de nuestras acciones sobre la salud de la naturaleza.

Desde la perspectiva humana, la relación entre alimentación y salud tienen una larga tradición en la medicina. Desde China e India ya se relacionaban ambos conceptos [18]. Los egipcios creían que los alimentos constituían el origen de todas las enfermedades. Hipócrates dijo: “que tu alimento sea tu mejor medicina”. Galeno, consideraba que una adecuada elección de alimentos era fundamental para una vida larga y sana. En el siglo X, el Régimen Sanitatis Salernitanu indicaba, “Si te faltan médicos, sean tus médicos estas tres cosas: mente alegre, descanso y dieta moderada”. La convicción de que la dieta era un elemento fundamental en la salud y en la longevidad dio lugar a una gran variedad de estudios a partir del siglo XIII. En el siglo XVII, el médico inglés George Herbert afirmó: “quien quiera que haya sido el padre de la enfermedad, una mala dieta fue su madre”[7]. Todas estas ideas, renacieron en forma de promocionar una mejor vida en condiciones de utopía social en las obras de Moro y Campanella, en las de modo de vida argumentado por Ramazzini en su obra “De morbis artificum diatriba” (1700) y los distintos aportes de médicos y filósofos que lograron explicar científicamente el paradigma que enfatizó el determinismo economicosocial de la salud y la enfermedad durante la segunda mitad del siglo XIX [19].

Durante las primeras tres cuartas partes del siglo XX, las limitaciones de los conocimientos biológicos y la escasez paradójica de conocimientos de ciencias sociales en medicina, llevó a olvidar y menospreciar la importancia de las condiciones de vida expuestas por Hipócrates en sus observaciones sobre las relaciones del ser humano con la alimentación, el ejercicio, el sexo y el descanso. Dicho movimiento holístico fue frenado por la mercantilización de la medicina, las transnacionales de los medicamentos y las modernas y costosas tecnologías médicas y apoyados, bien por la formación recibida, desactualización o ingenuidad, por aquellos/as profesionales que solo entienden el enfoque curativo y clínico de la medicina [19].

Hoy en día, como veremos a lo largo del presente informe, ya nadie duda de la relación entre salud y alimentación y la OMS indica que las enfermedades crónicas, no transmisibles, están acortando la vida de los seres humanos, ocasionando en su conjunto casi el 70% de todas las muertes del mundo, cifra que aumentará previsiblemente hasta situarse en el 75% en 2020 [20]. Antes, se consideraba que la política en materia de salud consistía en poco más que en la provisión de atención médica y su financiación: los determinantes sociales se debatían únicamente entre los académicos y si bien es cierto que la atención médica puede prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico después de las enfermedades graves, son las condiciones sociales y económicas las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general, ya que son las que hacen que las personas enfermen y necesiten atención médica [21]. De esta forma, la ONU indica que la prevención debe ser la piedra angular de la respuesta mundial a las enfermedades no transmisibles y es necesario actuar y tomar medidas preventivas, a través de enfoques multisectoriales e incluir la salud, según proceda, en todas las políticas y enfoques de los gobiernos en sectores como la salud, educación, energía,

agricultura, deportes, transporte, comunicaciones, urbanismo, medio ambiente, trabajo, empleo, industria y comercio, finanzas y desarrollo social y económico [22].

CAMBIOS ALIMENTARIOS PARA LA SALUD Y LA SOSTENIBILIDAD

La gastronomía y formas de alimentación surgen de la coevolución de los seres humanos con los entornos en los cuales se han desarrollado las diferentes culturas [23]. A pesar de que algunos de los debates actuales se centran en investigar cuál es la mejor dieta para el ser humano [7], son algunas las culturas que presentan altos niveles de salud asociados a su alimentación, siguiendo patrones similares extrapolables. Entre ellas se encuentra la Dieta Mediterránea, que representa uno de los ejemplos más emblemáticos de alimentación saludable y sostenible.

A pesar de dicho acervo cultural, hoy en día preocupan los cambios en las formas de comer, ya que no sólo interesa lo que se come, sino cómo y con quién. Parece que estamos en una situación peligrosa en la que se unen falta de conocimiento de los alimentos, desinterés por tener habilidades culinarias, individualización y simplificación de las maneras de comer, alimentación en silencio y falta de valores imprescindibles que nos permitan ser suficientemente autónomos/as para elegir adecuadamente los alimentos que constituyan nuestra dieta: en definitiva, consolidar hábitos alimentarios en un entorno social en el cual un gran número de comidas que hacemos nos ponemos en manos de otras personas. Por otro lado, la sociedad de consumo se caracteriza por una oferta desmesurada en productos y servicios a personas consumidoras sin capacidad de realizar una elección racional entre ellos. Nunca hubo tanto donde elegir, ni menos tiempo y capacidad para hacerlo [3]. Además, la nutrición debe considerar la sostenibilidad ambiental como un elemento fundamental en su planificación y tiene que constituir en sí misma un aspecto prioritario en la agenda para la mitigación del cambio climático, reducir la destrucción de la naturaleza y la extinción de especies, siendo el trilema dieta-medioambiente-salud un reto mundial [8], [24].

La mayoría de los expertos coinciden en que una dieta saludable y sostenible integra, por un lado, qué comemos y por otro, cómo comemos, nos proveemos de los alimentos y los cocinamos. Así, las líneas directrices generales serían: más consumo de frutas y verduras de temporada, locales y ecológicas, adquiridos en mercados próximos; menor consumo de alimentos de origen animal y siempre priorizando aquellos de ganadería extensiva ecológica; sustituir las proteínas animales por las vegetales, especialmente a partir de leguminosas; disminuir radicalmente el consumo de azúcar, grasas saturadas y la sal; revalorizar alimentos y variedades locales y recetas tradicionales; conocer cómo y quién produce la comida; planificar los menús y las compras; cocinar y comer disfrutando de la comida, con equilibrio y moderación; evitar el despilfarro alimentario y fomentar la compra a granel minimizando el uso de envases priorizando aquellos compostables [3], [4], [7]–[9], [25]–[36].

En la reflexión acerca de la dieta no sólo debe plantearse el cuidado corporal del individuo o de la población, o de las características de los alimentos y bebidas; debe contemplarse que en ella reside el cuidado y la reproducción de la vida en estrecha relación con el entorno. Por lo tanto, la dieta no debe reducirse a la falta o exceso de macro y micro nutrientes, ni a un promedio de calorías consumidas y disponibles, ni a índices de morbilidad y mortalidad relacionados con la alimentación. Es necesario tener en cuenta que reapropiarse de la dieta es reapropiarse de la vida [25].

Por último comentar, que algunos estudios indican que para que la agricultura ecológica sea capaz de alimentar a la población en el 2050 y reducir los impactos de la agricultura sobre la naturaleza, necesita integrarse en un sistema agroalimentario bien diseñado, donde se reduzca el consumo de piensos por parte del ganado como consecuencia de la reducción del consumo de alimentos de origen animal y se minimice el desperdicio alimentario [37].

LA AGROECOLOGÍA URBANA Y PERIURBANA Y LA SOBERANÍA ALIMENTARIA COMO FORMA DE ALCANZAR EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y SOSTENIBLE EN LAS CIUDADES

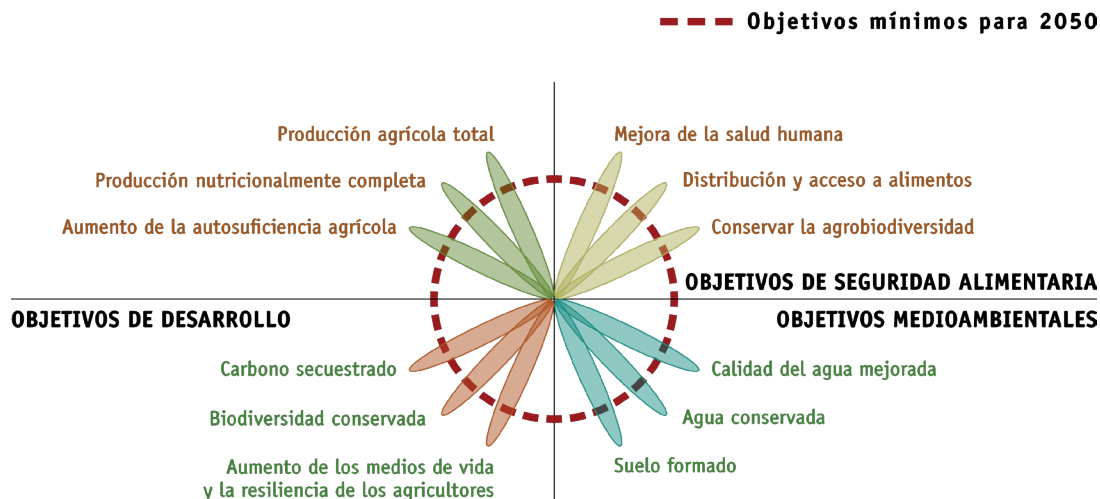
En la actualidad, alrededor del 70% de la población mundial acude a la red alimentaria campesina³,

³ Productores/as de pequeña escala, muchas veces familias encabezadas por mujeres, que incluyen agricultores/as, pastores/as y criadores/as de ganado; cazadores/as, recolectores/as, pescadores/as y productores/as urbanos y periurbanos. La definición no sólo incluye a aquellos que controlan sus propios recursos productivos, sino también a aquellos que trabajan para otros para producir y proveer alimentos pero que han sido desposeídos de su tierra.

entre los cuales existen mil millones de personas productoras urbanas [10]. Las predicciones indican que en el 2050 el 70% de la población habitará en ciudades (frente al 49% de 2009) [38] y alimentarlas de una forma adecuadamente ecológicamente, eficiente económicamente y socialmente justa es uno de los mayores retos del siglo XXI [39].

Aunque el papel de la producción en la agricultura es fundamental para atender las necesidades de la población en 2050, el logro de los objetivos en materia de producción y conservación exige importantes contribuciones de la agricultura. Esto supone un cambio en el modo de pensar la agricultura (Figura 1), pasando de una visión unifuncional a otra multifuncional en la que los sistemas agrícolas contribuyan a los objetivos en materia de Desarrollo, Medio Ambiente y Seguridad Alimentaria [40].

Figura 1: Los objetivos multifuncionales de los sistemas agrícolas [40].



En referencia a la satisfacción de las necesidades de los seres humanos en cuestión de nutrición y alimentación, existen tres conceptos que están íntimamente relacionados pero tienen diferentes enfoques políticos: la Seguridad Alimentaria (SA), el Derecho a la Alimentación (DA) y la Soberanía Alimentaria (SbA).

En primer lugar, el concepto de Seguridad Alimentaria surge en la década del 70, basado en la producción y disponibilidad alimentaria a nivel global y nacional. En los años 80, se añadió la idea del acceso, tanto económico como físico. Y en la década del 90, se llegó al concepto actual que incorpora la inocuidad y las preferencias culturales, y se reafirma la SA como un Derecho Humano [41]. Actualmente, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) indica que “La seguridad alimentaria se da cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos nutricionales y preferencias alimentarias, y así poder llevar una vida activa y saludable” [42]. En nuestro contexto de ciudad desarrollada, la oferta y disponibilidad de alimentos es adecuada y estable, no hay escasez, y tenemos posibilidad de acceso a los mismos. Por tanto, hablamos de seguridad alimentaria cuando podemos obtener alimentos inocuos para la salud y de buena calidad, así como una dieta equilibrada, saludable y adecuada, cuando se asegura el acceso para toda la población (como capacidad de compra o fácil acceso a alimentos sanos) y su correcta utilización (buenas dietas) [45].

En segundo lugar, el concepto de Derechos Humanos proviene de los esfuerzos desplegados a lo largo de la historia por parte de las personas para restaurar el respeto a la dignidad. Sus principios se recogen en lo que se conoce como Carta Internacional de Derechos Humanos, formada por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, junto con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, donde se aborda el Derecho a la Alimentación. Lamentablemente, durante las últimas décadas se ha visto como el Derecho a la Alimentación, un asunto multidimensional y complejo, ha quedado reducido al concepto de Seguridad Alimentaria [6].

Por último desde los movimientos campesinos y sociales, para subsanar las deficiencias en el concepto de la SA, surge la Soberanía Alimentaria (SbA), que ha sido utilizado desde mediados de la

década de los años 90. Es un término paraguas de enfoques particulares para abordar los problemas del hambre y la desnutrición, así como el fomento del desarrollo rural, la integridad ambiental y los medios de vida sostenibles [44]. Su definición más aceptada es la que se generó en Nyéléni (Malí) 2007, en el Foro Mundial por la Soberanía Alimentaria (FMSA) como “el derecho de las personas a alimentos adecuados desde el punto de vista saludable y cultural obtenidos a través de métodos sostenibles y ecológicos y su derecho a definir sus propios sistemas alimentarios y agrícolas”

En ciertos análisis de políticas alimentarias y agroalimentarias, se reconoce que se emplean indistintamente los conceptos de Seguridad Alimentaria y Soberanía Alimentaria, sobre todo en las nuevas legislaciones, aunque parece reservarse el concepto de SbA como la función central de un estado, para definir, sin interferencias externas, las modalidades de sus políticas alimentarias [45].

Como conclusión podríamos decir, que la SA es la definición de un objetivo y por lo tanto es un término que ha sido interpretado muy ampliamente. La definición de un objetivo no recomienda automáticamente un programa específico para lograr dicho objetivo. Igualmente, el Derecho a la Alimentación es un concepto que no descansa sobre un conjunto particular de políticas, sino se concentra en las obligaciones de los Estados y en permitirles a las personas que se realicen las acciones jurídicas necesarias para que sus derechos sean reconocidos. Los Estados deben garantizar el Derecho a la Alimentación pero tienen un amplio margen de discreción sobre cómo implementarlo. Es por ello que la SbA es una propuesta de políticas más precisa, cuestionando la inactividad política u otros fracasos en el seguimiento de políticas adecuadas [44].

En estrecha relación con la Soberanía Alimentaria, la Agroecología propone un enfoque alternativo al de la ciencia convencional para los sistemas agroalimentarios y el desarrollo rural. Surge como enfoque científico que trata de dar respuesta teórica, metodológica y práctica a la crisis ecológica y social que la modernización e industrialización agroalimentarias generan en las zonas rurales. Como práctica, la agroecología propone el diseño y manejo sustentables de los agroecosistemas con criterios ecológicos, a través de formas de acción social colectiva y propuestas de desarrollo participativo que contribuyan a dar respuestas sustentables y globales a la satisfacción de nuestras necesidades básicas. En este sentido, trata de vincular los procesos socio-ecológicos en finca con aquellos que se dan en escalas globales; y articula la mirada científica y las propuestas de manejo agrario con el desarrollo de un movimiento social agroecológico, desde una perspectiva integral [46]. De esta forma, y según el relator especial de la ONU sobre el derecho a la alimentación, la Agroecología contribuiría al Derecho a la Alimentación en varios niveles: disponibilidad (aumenta la productividad sobre el terreno), asequibilidad (disminuye la pobreza rural), adecuación (contribuye a mejorar la nutrición), sostenibilidad (contribuye a la adaptación al cambio climático) y en la participación de los agricultores (difusión de buenas prácticas) [47].

Tanto la SbA (como concepto teórico-político) como la Agroecología (como paradigma científico transformador) reconocen el sistema agroalimentario industrial globalizado como el responsable del hambre, de la pobreza y de gran parte de la crisis ecológica. Ambas plantean la necesidad de relocalizar la cadena agroalimentaria para, al hacerlo, generar un cambio en las estructuras de poder de la misma. El cambio en el modelo agroalimentario que implica la consecución de la SbA ha sido analizado y construido desde la Agroecología desde su surgimiento como enfoque científico y así, además de ofrecer unas bases sólidas técnico-productivas y socioeconómicas, suministra las herramientas metodológicas prácticas con las que generar procesos de transición socioeconómicos profundos. [11].

Desde un enfoque “convencional”, un Sistema Agroalimentario Sostenible “Es aquel que garantiza la seguridad alimentaria y la nutrición de las personas de tal forma que no se pongan en riesgo las bases económicas, sociales y ambientales de la seguridad alimentaria de futuras generaciones” [24]. Sin embargo, esta visión no incorpora la enorme desigualdad e inequidad del sistema, donde la distribución ejerce el poder y el control sobre las demás etapas. Desde una visión que hace referencia a las relaciones de poder entre los actores del Sistema Agroalimentario, los Sistemas Alimentarios Alternativos (SAA) se caracterizan por un re-equilibrio en las relaciones en un territorio y momento histórico definidos, especialmente en cuanto a los aspectos institucionales y políticos, que determinan las formas que adoptan los flujos alimentarios y su sustentabilidad, incluso desde una perspectiva histórica [49].

De esta forma, podríamos decir que la agroecología urbana y periurbana es la aplicación de la agroecología a las ciudades y sus entornos y tiene como objetivo generar SAA, locales, autosuficientes, resilientes, sostenibles, equitativos y saludables poniendo la vida y la naturaleza en el centro. Como

en el establecimiento y funcionamiento del actual sistema agroalimentario intervienen un sinnúmero de políticas⁴ nacionales e internacionales [50], si queremos transformarlo es necesario trabajar sobre nuevas propuestas públicas.

Las declaraciones institucionales favorables a la sostenibilidad de los sistemas de abastecimiento alimentario para las ciudades cuentan ya con una larga hoja de ruta en la agenda política internacional. En los últimos años han emergido numerosos procesos de ámbito nacional e internacional para generar sistemas agroalimentarios relocalizados y sostenibles, con un mayor peso de la producción agraria a pequeña escala. En muchos de estos procesos las ciudades aparecen como un actor central en la transición hacia sistemas alimentarios justos y sostenibles [43]:

- ⇒ En el ámbito nacional tenemos que destacar el Pacto Intervegas por la Soberanía Alimentaria, la Educación Ambiental y la Sostenibilidad del Territorio (2015) y la Carta por una Soberanía Alimentaria desde nuestros municipios (2014), que han originado la creación de una Red española de Ciudades por la Agroecología (2017).
- ⇒ A nivel internacional son de resaltar la Carta de Aalborg (1994), el Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre «La agricultura periurbana» (2005/C 74/12), la Nueva Agenda Urbana (Cumbre Habitat III, Quito, 2016) y, más recientemente, la FAO ha impulsado la iniciativa “Alimentos para las Ciudades”, que promueve las articulaciones campo-ciudad a través de lo que se ha denominado “Sistemas Alimentarios de Ciudad-Región”
- ⇒ Los Objetivos para el Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas (2015) representan el principal acuerdo internacional adoptado recientemente, y en él las políticas alimentarias urbanas resultan significativas en los objetivos 1, 2, 3, 6, 8, 11, 12, 13 y 15.

Sin embargo, el documento internacional que mayor relevancia ha tenido en el panorama de las políticas alimentarias urbanas ha sido el Pacto de Milán sobre Políticas Alimentarias Urbanas (2015), que en 2017 ya había sido firmado por más de 20 ciudades españolas; y otras 120 ciudades en el Resto del Mundo. La búsqueda de dietas sostenibles para los habitantes de las ciudades es uno de los pilares de dicho pacto, en el cual se indican que deben ser saludables, seguras, culturalmente adecuadas, ambientalmente sostenibles y fundadas en los derechos [51], principios que concuerdan con las visiones de la Agroecología y la Soberanía Alimentaria. Esperamos que la aplicación de todas estas medidas y acuerdos pongan la salud de la naturaleza y las personas en el centro, algo que nunca deberíamos haber dejado de hacer.

4 Agrarias; alimentarias; sobre derechos individuales y colectivos [alimentación, tierra, agua, salud, acceso a otros recursos naturales (semillas, pesca, bosques,...), educación, pueblos indígenas, etc.]; Reforma agraria (redistribución de la tierra, comunales, derechos consuetudinarios, derechos de uso,...); comerciales; de control sobre el conocimiento y la “propiedad intelectual”; sociales; económicas y de desarrollo; política territorial y urbanística; ambientales; de género; sanitaria; educativa y de investigación, formación y extensión agraria

ALIMENTOS Y SALUD

M^A DOLORES RAIGÓN

CATEDRÁTICA DE ESCUELA UNIVERSITARIA. INSTITUTO DE CONSERVACIÓN Y MEJORA DE LA AGROBIODIVERSIDAD VALENCIANA/DEPARTAMENTO DE QUÍMICA. UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA. CAMINO DE VERA, S/N. 46022 VALENCIA. ESPAÑA

✉ mdraigon@qim.upv.es

La salud y el bienestar humano está directamente relacionado con la disponibilidad de agua y la ingesta de alimentos. La obtención de alimentos, ya sea por agricultura y ganadería o por la caza y recolección silvestre está fuertemente influenciada por las condiciones climáticas, por la disponibilidad de nutrientes fundamentales y en las concentraciones adecuadas, y por la presencia de sustancias tóxicas y por las propiedades físico-químicas y microbiológicas de los suelos y las aguas, por lo que las condiciones para la obtención de alimentos presentes y futuros son fundamentales y tienen alta relación con los aspectos de salud.

En el suelo los ciclos biogeoquímicos del carbono, nitrógeno, fósforo y azufre son fundamentales en la producción de alimentos, pero también los que están relacionados con ciertos elementos minoritarios que pueden ser decisivos para la nutrición vegetal, por estar implicados en procesos bioquímicos básicos de las plantas, como la síntesis de enzimas. Las interrelaciones entre los recursos y los procesos biogeoquímicos del suelo serán esenciales para que la agricultura se adapte a los cambios inducidos por las perturbaciones humanas.

Se conoce que los patrones de transmisión de las enfermedades vehiculadas por alimentos están influenciados por varios factores, incluyendo los elementos climáticos y ecológicos. En este contexto, algunos autores [52] han indicado que los efectos del cambio climático en Europa estarán asociados con un impacto sobre el patrón de dispersión y transmisión de enfermedades transmitidas por los alimentos. Estos cambios tendrán primero un efecto directo sobre la salud pública de los habitantes en un territorio determinado, pero además tendrán también una serie de efectos colaterales que pueden ser perjudiciales para sectores económicos de gran importancia como la agricultura, la pesca y el turismo.

Existe un potente debate muy contrastado en torno a las prácticas de producción agrícola más apropiadas para alcanzar la meta de una producción de alimentos más alta y sostenible [53], [54]. A pesar de los daños asociados a la agricultura industrializada o convencional, en algunos foros se argumenta que este sistema agrario es necesario para aumentar los rendimientos, de manera que se pueda alimentar a una población mundial cada vez mayor, sobre todo a la luz de los efectos negativos del cambio climático y la escasez mundial de tierras de cultivo. De hecho, en los últimos 50 años la población mundial se ha duplicado, mientras que la tierra cultivable disponible ha aumentado aproximadamente en un 10% [55]. La evolución tecnológica en la síntesis y fabricación de plaguicidas, entre otras innovaciones en materia de agricultura, ha contribuido sin duda a que la producción agrícola haya logrado mantenerse al nivel de los incrementos sin precedentes en la demanda de alimentos. Sin embargo, ello se ha logrado a costa de la salud humana y del medio ambiente, y al mismo tiempo el aumento de la producción de alimentos no ha logrado eliminar el hambre en todos los puntos del planeta, ni erradicar algunas de las peligrosas plagas que atañen a la agricultura convencional. La dependencia de plaguicidas peligrosos es una solución cortoplacista, que menoscaba el derecho a una alimentación adecuada y el derecho a la salud de las generaciones presentes y futuras. Desde 1945, el consumo de plaguicidas ha aumentado en un 3300%, pero las pérdidas generales causadas por las plagas no han disminuido. De hecho, a pesar de que en Estados Unidos se consume cada año un millón de toneladas de plaguicidas, las pérdidas agrícolas han aumentado un 20%. Mientras tanto, más de quinientas plagas se han hecho inmunes a los plaguicidas más poderosos [56].

Sin tener en cuenta los problemas de asignación, la sobreproducción y los desperdicios de alimentos en algunas regiones del mundo, el aumento pronosticado del crecimiento de la población mundial, implicaría la necesidad de incrementar en un 30% más los alimentos a nivel mundial. Así, la agricultura mundial se enfrenta al importante desafío del incremento de la producción, pero bajo un paraguas de una agricultura sostenible, donde la producción sea al mismo tiempo favorable al medio ambiente, socialmente justa y económicamente viable.

Aunque el problema alimentario se da tanto en países en desarrollo, como en los desarrollados, la gran mayoría de personas que padecen hambre en el mundo viven en países en desarrollo, donde el 12.9% de la población presenta desnutrición. La situación en ambos grupos de población es de índole muy distinta. Si bien la desnutrición sigue siendo un reto para la alimentación global, se ha planteado un segundo reto: la prevención de la sobrealimentación calórica, así la desnutrición y la sobrealimentación calórica son los problemas que preocupan, en alimentación y salud, en el momento actual y desconciertan para el futuro. La situación es que se producen suficientes alimentos en el mundo para alimentar a todos sus habitantes, pero un alto número de personas ni siquiera tienen acceso a una comida adecuada al día. Al mismo tiempo, la obesidad está socavando la salud de adultos y niños en todo el mundo desarrollado.

La mayoría de las personas que pasan hambre viven en las zonas rurales pobres, aunque el hambre entre los pobres urbanos está creciendo. Las alternativas a los diferentes sistemas de agricultura no pueden corregir las causas principales del hambre, como la pobreza, los desastres naturales y los conflictos civiles, pero se pueden abordar las prácticas e infraestructuras agrícolas deficientes y la sobre-explotación del medio ambiente, para optimizar la producción y la accesibilidad a los alimentos. En las zonas urbanas, la inseguridad alimentaria se refleja habitualmente en personas con escasez de ingresos, pero en zonas rurales pobres, la inseguridad alimentaria está estrechamente relacionada con la producción de alimentos. En numerosas zonas del mundo en desarrollo, la mayoría de las personas depende aún de la agricultura local para la alimentación y/o el medio de vida, pero el potencial de los recursos locales para apoyar incrementos ulteriores de la producción es muy limitado, al menos bajo las condiciones tecnológicas de la agricultura intensivista. Es necesario desarrollar modelos de producción agraria basada en los recursos locales, para garantizar la seguridad alimentaria [57].

El valor bromatológico de los alimentos tiene repercusiones sobre la salud. La concentración en nutrientes de los alimentos es variable y depende de diferentes factores, entre ellos las técnicas de producción donde se incluye el potencial genético de la especie vegetal o ganadera, así como del resto de factores que intervienen en el sistema de producción (fertilización, productos fitosanitarios, agua de riego, exposición a luz, alimentación del ganado, bienestar animal, profilaxis, etc.) Además, los distintos métodos y productos empleados en el proceso de postcosecha y elaboración pueden ser importantes y decisivos en la composición y calidad final del producto alimenticio [58]. Por ello, las diferentes prácticas y tecnologías sostenibles de manejo, las variedades de cultivo, la raza ganadera, la complejidad entre los tipos de suelo, condiciones climáticas, unido a las diferentes interacciones, hacen difícil establecer generalidades respecto a la composición nutricional, sobre todo en relación a la concentración mineral. Pero las aportaciones más recientes [59] sugieren que las frutas y hortalizas cultivadas ecológicamente contienen niveles más altos de fitoquímicos (vitaminas, polifenoles, carotenoides y sustancias antioxidantes en general).

Las diferencias nutricionales pueden atribuirse a varios factores. En primer lugar, los cultivos bajo producción ecológica están menos forzados que los de agricultura convencional, lo que significa que el crecimiento vegetativo es generalmente más lento, dando lugar a sintetizar en mayor proporción los componentes bioquímicos (vitaminas, enzimas, sustancias antioxidantes, etc.). Por otro lado, el uso de variedades y razas antiguas, adaptadas y seleccionadas históricamente, bajo los atributos de calidad que los agricultores y ganaderos han establecido para las condiciones locales han hecho posible una composición nutricional diferenciada en los alimentos resultantes. Otro factor decisivo en la producción vegetal es el suelo, de forma que las rotaciones de cultivo, las cubiertas vegetales, los aportes de materia orgánica, el fomento de la microbiología edáfica, el no uso de sustancias químicas de síntesis, etc. son prácticas que se llevan a cabo en suelos sanos, que producen alimentos sanos, ya que la disponibilidad de un microelemento del suelo puede ser vital para su correcta absorción por la planta y su participación bioquímica esencial para el correcto desarrollo de las proteínas, vitaminas y otros nutrientes vitales en la planta.

El concepto de salud abarca la totalidad y la integridad de los sistemas vivos. No se trata solamente de la ausencia de enfermedad, sino del mantenimiento del bienestar físico, mental, social y ecológico de los individuos y sus ecosistemas, así los suelos saludables producen cultivos saludables que fomentan la salud de los animales y de los seres humanos y del planeta como uno e indivisible. La inmunidad, la resiliencia y la regeneración son características clave de la salud. Los aspectos de salud son cuestiones que cada vez más preocupan a las personas y que condicionan las preferencias de compra y consumo [60]. Incluso los consumidores ocasionales de alimentos ecológicos citan razones de salud como la principal motivación en el cambio de consumo [61].

Las contribuciones de la agricultura ecológica al área de la salud se focalizan en producir alimentos que contribuyan a la atención sanitaria preventiva y al bienestar común, con alta calidad nutricional, y libres de residuos (restos de nitratos, fitosanitarios, medicamentos de animales y/o aditivos alimentarios) que puedan tener efectos adversos para la salud y el medioambiente. La agricultura ecológica difiere de la convencional en que se abstiene de utilizar insumos procedentes de la síntesis química, como por ejemplo insecticidas, herbicidas, fertilizantes, fungicidas, medicamentos veterinarios (antibióticos, hormonas del crecimiento) y aditivos alimentarios sintéticos, así como técnicas como la irradiación o el uso de organismos genéticamente modificados. De ese modo se previenen, en la medida de lo posible, los peligros potenciales que plantean los residuos de los insumos sintéticos, que pueden tener su trazabilidad en los alimentos. Además, los alimentos ecológicos son seguros desde el punto de vista que no presentan un riesgo de transmitir enfermedades asociadas a patógenos, como se muestra en trabajos llevados a cabo sobre muestras de lechugas ecológicas y convencionales [62] y en general para otros alimentos frescos de origen orgánico, evidenciando que no representa un riesgo de tipo microbiológico para la salud [63].

Las concentraciones de las sustancias químicas de síntesis en alimentos ecológicos son nulas o en concentraciones muy pequeñas, legalmente permitidas, algo que queda reflejado en la práctica totalidad de la literatura científica, donde se hace constancia del mayor riesgo de contaminación por plaguicidas en los alimentos convencionales, en comparación con los alimentos ecológicos [64], [65]. La exposición a plaguicidas ocurre a través de una diversa variedad de rutas, incluyendo la inhalación de aire, ingestión de residuos de los alimentos o contacto dérmico con áreas tratadas con pesticidas. En general, la vía de exposición primaria de la población es a través de la ingestión dietética, especialmente a través del consumo de frutas y verduras. En consecuencia, una dieta ecológica implica una menor o nula ingestión de residuos de pesticidas, como ha quedado demostrado en los estudios donde niños alimentados con alimentos ecológicos tienen niveles significativamente más bajos de pesticidas organofosforados en los metabolitos de la orina, que los niños que comen alimentos producidos convencionalmente. Por lo que la alimentación ecológica reduce la exposición de los niños y adultos a los plaguicidas [66], [67].

Incluso se ha comprobado la disminución significativa de pesticidas organofosforados, en orina, en personas que mantienen una dieta basada en un 80% de alimentos orgánicos durante un período continuado de una semana [68] o en consumidores orgánicos consolidados en el tiempo [69].

Los plaguicidas sintéticos comprenden una variedad de sustancias químicas bioactivas, y una proporción considerable de éstas poseen propiedades neurotóxicas, perturbadoras del sistema endocrino y carcinógenas, entre otras. La bioacumulación de estas sustancias es un problema grave ya que tienden a almacenarse en la grasa y a concentrarse en órganos importantes como el cerebro, los riñones y el hígado, así como en la leche materna. Las exposiciones de estas sustancias se han relacionado con un aumento del riesgo de algunas enfermedades, incluyendo la enfermedad de Parkinson, la diabetes tipo 2, ciertos tipos de cáncer y leucemia e intoxicaciones por sustancias neurotóxicas y disruptores endocrinos [70]-[72]. A lo que hay que añadir, el efecto sinérgico que estas sustancias tiene sobre la salud humana y la permanente exposición al efecto cóctel.

Los riesgos de la ingesta de nitratos al ser reducidos a nitritos, y sus efectos sobre las causas de cianosis, la insuficiencia en la oxigenación muscular (y en casos extremos la muerte), y la formación de nitrosaminas que son carcinógenas, han sido ampliamente descritos [73]. La presencia de nitratos en los alimentos ecológicos es significativamente inferior a la existente en alimentos de producción convencional [74], como consecuencia de la no utilización de fertilizantes nitrogenados altamente solubles y del ajuste en las dosis de nitrógeno fertilizante.

El uso preventivo de antibióticos no está permitido en ganadería ecológica, debido a que los tratamientos farmacológicos rutinarios debilitan el sistema inmunológico del animal, pueden conducir a resistencia a los antibióticos y aumentar la dependencia de los fármacos. En consecuencia, existe un menor riesgo de desarrollar resistencia a los antibióticos con la ingesta de alimentos de origen ganadero ecológico. Por lo que la producción ecológica es determinante para restringir e incluso disminuir la prevalencia de resistencia a los antibióticos, con beneficios potencialmente considerables para la salud pública [24], ya que la gestión sanitaria en ganadería ecológica se basa en medidas preventivas como la selección de las razas y estirpes, una alimentación equilibrada y de alta calidad, un entorno favorable y espacio suficiente para promover una buena salud animal.

La utilización de organismos genéticamente modificados y la ingeniería genética, en la mejora de plantas, en la alimentación del ganado o en la alimentación humana, son prácticas no autorizadas en

la producción ecológica, salvaguardando el principio de precaución, principios de ética y principios de salud. La manipulación genética todavía es una técnica con cierto riesgo que conduce a cambios impredecibles en el ADN, las proteínas y la composición bioquímica de los organismos resultantes, lo que puede resultar en efectos inesperados tóxicos o alergénicos y trastornos nutricionales, así como efectos impredecibles sobre el medio ambiente [25].

De los metales pesados mercurio, arsénico, uranio y cadmio, este último merece especial atención, por estar muy relacionado en la síntesis de fertilizantes fosforados, incrementando la concentración en los cultivos con la aplicación de fertilizantes que lo contienen. Además, los bajos contenidos de materia ecológica del suelo generalmente aumentan la disponibilidad del cadmio para los cultivos. La principal fuente de exposición al cadmio por la población no fumadora son los alimentos. El contenido en cadmio de los alimentos es de especial relevancia para la salud humana, ya que es tóxico para los riñones, puede desmineralizar los huesos y es cancerígeno. Existen evidencias que los cultivos orgánicos, en concreto frutas, verduras y principalmente cereales, contienen aproximadamente un 48% menos de cadmio que los cultivos convencionales [26].

Las contribuciones de los alimentos ecológicos al estado de salud de las personas, se revelan por dos condiciones. Por una parte, los alimentos ecológicos están libres de sustancias fitosanitarias, es decir, son alimentos limpios que no van a aportar residuos al organismo. Por otra parte, los alimentos responden a una composición nutricional equilibrada con mayor concentración en compuestos polifenólicos, carotenoides, sustancias de carácter antioxidantes, con propiedades nutraceuticas, que proporcionan beneficios para la salud, incluyendo la prevención y el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, incluso cuando la actividad antioxidante puede ser relevante para la salud humana, no es en sí misma un resultado directo y no está clara la evidencia que vincula las concentraciones de antioxidantes en los alimentos con mecanismos específicos de acción in vivo para efectos potenciales sobre la salud humana [78]. Por ello, es difícil evaluar el impacto en los seres humanos, sobre todo, teniendo en cuenta que el consumo de alimentos ecológicos está fuertemente correlacionado con varios indicadores de un estilo de dieta y vida saludable, que también influyen en el estado de salud. Estos indicadores incluyen una ingesta de mayor diversidad de alimentos, comparativamente alta de frutas, verduras y productos integrales y un bajo consumo de carne, menor incidencia de sedentarismo, etc. En cualquier caso, algunas evidencias son claramente significativas, y las aportaciones más recientes destacan la importancia de promover el consumo de alimentos orgánicos, orientando a responsables de salud, como los pediatras para que puedan asesorar a sus pacientes con respecto a las opciones de alimentos ecológicos [79], incluso combinado los alimentos ecológicos con hábitos alimenticios, como la dieta mediterránea, por los aspectos individuales que ambos hitos presentan sobre la salud [80].

Algunos estudios in vitro han demostrado una mayor actividad antimutagénica y antioxidante [81], así como una inhibición más eficaz de la proliferación de células cancerígenas por alimentos orgánicos en comparación con alimentos convencionales. La mayoría de los experimentos con modelos animales de laboratorio alimentados ecológicamente han demostrado diferencias significativas en el peso, el crecimiento, la fertilidad, el estado hormonal y el estado inmunológico versus los alimentados convencionalmente [82], corroborando que no se trata sólo de cadenas de causa-efecto simples, sino más bien del pluralismo de interacciones entre redes biológicas de los animales, siendo uno de los causantes de estas diferencias, el mayor valor nutricional de las dietas ecológicas [83].

También los estudios in vitro realizados con extractos de alimentos vegetales ecológicos y convencionales han mostrado eficacia en el freno del estrés oxidativo en órganos como el riñón y el hígado [84], [85] y en los mayores niveles a la inducción de muerte celular tardía y necrosis en células por parte de los extractos de zumos de uva y remolacha ecológicos, respectivamente.

En un estudio realizado a 3000 niños alimentados con productos lácteos orgánicos durante la infancia y cuyas madres consumían productos lácteos orgánicos durante el embarazo se demostró que los niños tenían menos alergias o menos casos de eccema que sus respectivos controles, concluyendo que el mayor contenido en ácidos grasos beneficiosos en la leche ecológica como la posible explicación biológica para este hallazgo [86]. Valores que también se ponen de manifiesto en la composición de la carne de cordero, con menor contenido en grasa y una composición en ácidos grasos beneficiosos para la salud (niveles más bajos de ácidos grasos saturados, mayores contenidos de ácidos grasos poliinsaturados y mayor ratio de ácidos grasos $\omega 6/\omega 3$).

En un estudio de control sobre 306 madres de niños que fueron operados por hipospadias y 306 madres de niños sanos, se sugiere la asociación protectora entre las hipospadias en la descendencia

y la madre que elige alimentos ecológicos como la mantequilla y el queso, debido posiblemente a la no presencia de residuos de plaguicidas en éstos [87].

Es importante manifestar los efectos de la alimentación durante el embarazo. En un estudio realizado a 28192 madres noruegas primerizas, con el fin de evaluar las asociaciones entre el consumo de alimentos orgánicos durante el embarazo y el riesgo de preeclampsia (estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso), se observó una reducción significativa en la prevalencia de esta enfermedad, en las madres que informaron consumo frecuente de hortalizas ecológicas, mientras que no se encontró asociación con las otras madres que manifestaron ingesta no ecológica [88], debido a la no exposición a los pesticidas, a la mayor presencia de metabolitos secundarios y a la influencia de las hortalizas ecológicas sobre la composición de la microbiota intestinal. Otros estudios han reportado asociación de dieta ecológica con menor incidencia de linfoma no Hodgkin [89].

En un estudio donde se analizó la interacción de la ingesta en el riesgo de enfermedad cardiovascular, se evaluaron parámetros biométricos en 150 varones sanos y 50 pacientes masculinos con enfermedad renal. Los resultados indicaron que la dieta ecológica redujo los factores de riesgo cardiovascular tanto en individuos sanos como en los enfermos [90]. Algunos argumentos científicos sugieren un fuerte papel protector de la frecuencia de consumo de alimentos ecológicos con respecto al riesgo de parecer diabetes tipo 2 e hipertensión en varones [91] y al riesgo de sobrepeso y obesidad [92] concluyendo que las pautas nutricionales deben ser revisadas en función de las prácticas agrícolas ejecutadas en la producción de alimentos.

Incluso en algún trabajo se encuentran relaciones de tipo emocional, indicando que para el adulto de mediana edad, la elección de un estilo de vida basado en una dieta ecológica constituye un retorno al mundo natural a nivel filosófico, mientras que a nivel psicológico conecta con aspectos como la identidad, los valores y el bienestar [93].

Independientemente de las evidencias, ciertos autores [94] proponen que para medir eficazmente los efectos de los alimentos orgánicos en la salud en comparación con los alimentos convencionales, se prefiere una definición dinámica y funcional del concepto de salud, que permita evaluar los posibles efectos preventivos de los alimentos ecológicos y sus posibles beneficios para las personas sanas. Para estos autores, una parte del fenómeno de la salud sería la capacidad del individuo para adaptarse a situaciones estresantes, por lo que la salud podría medirse sobre la carga alostática y la resiliencia a través de diversos parámetros fisiológicos que se cambian durante la respuesta de estrés de un organismo. Este conjunto de parámetros permite evaluar el efecto de estrategias nutricionales como el consumo de alimentos orgánicos, así como la evaluación de diversas estrategias preventivas y/o terapéuticas en otras áreas.



PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN

MARIANA F. FERNÁNDEZ, PHD

PROFESORA TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA
(ACREDITACIÓN CÁTEDRA ANECA). INVESTIGADORA DEL CIBER DE
EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA (CIBERESP) Y DEL INSTITUTO DE
INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA (IBS.GRANADA)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunas de las principales causas de enfermedad en el mundo actual, no relacionadas con enfermedades transmisibles, son el hábito de fumar que incluye la exposición pasiva al humo del tabaco, la falta de ejercicio y el no tener una alimentación adecuada. Se trata de factores de riesgo relativamente nuevos con una consecuencia principal: el incremento significativo de enfermedades crónicas, con dolencias prolongadas en el tiempo, y que por lo general tienen una difícil cura. Un contexto que puede mitigarse actuando sobre los tres factores de riesgo anteriormente indicados.

En los países industrializados la prevalencia de enfermedades crónicas como la obesidad, arteriosclerosis, enfermedades coronarias, hipertensión o presión arterial elevada, diabetes mellitus y ciertos tipos de cáncer, relacionadas con la alimentación y asociadas con el consumo excesivo de energía o de ciertos alimentos y con estilos de vida más sedentarios, se ha incrementado de manera notable en las últimas décadas, constituyendo un gran problema de salud pública [95], [96]. Es interesante destacar que el exceso de peso, la actividad física insuficiente y una alimentación poco saludable son responsables de muchas otras enfermedades y muertes prevenibles, precedidos tan sólo por el tabaquismo [97]. Si bien el consumo de tabaco ha disminuido en los últimos 30 años, por ejemplo en un tercio en EEUU, las tasas de obesidad se han duplicado, lo que aumenta la contribución relativa de los factores relacionados con el sobrepeso y la obesidad a la carga global de enfermedad [98].

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado de manera notable, en las últimas décadas, también en España. El sobrepeso y obesidad no ha dejado de crecer en todos los rangos de edad de la población española desde los años 80; aunque el incremento ha sido especialmente importante en la población infantil. Además, la prevalencia de diabetes tipo 2 se estima que alcanzará en el año 2030 el 4,4% (frente al 2,8% estimado en el año 2000) [99], [100]. El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de padecer muchas otras patologías como enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, hipertensión, dislipemia y ciertos tipos de cáncer [99]-[102].

España es el segundo país europeo con más sobrepeso, aunque los diferentes estudios discrepan en la cuantificación de esta prevalencia [95], [103]-[107]. Algunos datos indican que, en la actualidad, entre el 20-22% de la población española es clínicamente obesa (con un índice de masa corporal-IMC > 30 kg/m²), y el 35-40% tiene sobrepeso (IMC > 25 kg/m²) [95]. Según el estudio ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular), en España había en 1987 un 7,4% de obesos, mientras que entre 2008 y 2010 se alcanzó el 22,9%, con un 39,4% de sobrepeso. Estos valores se mantuvieron en el periodo 2011-2012, con un 54% de exceso de peso (37% sobrepeso, 17% obesidad) [106]. Por su parte el estudio ANIBES (Antropometría, Ingesta y Balance Energético en España) (2012) estimó que más de la mitad de los adultos españoles presentaban un peso inadecuado, con una prevalencia de exceso de peso del 55,7% (35,8% de sobrepeso y 19,9% de obesidad), y un 58,4% de obesidad abdominal [95]. El estudio ENPE (Estudio Nutricional y de Hábitos Alimentarios de la Población Española) (2014-2015) estimó que la prevalencia de sobrepeso era del 39,3%, con 21,6% de obesidad general y 33,4% de obesidad abdominal [103]. En población infantil (6-9 años) el estudio ALADINO (Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad) (2010-2011) obtuvo una prevalencia de entre 14% y 26,2% de sobrepeso y entre 11% y 18,3% de obesidad [105]. A pesar de que el exceso de peso es una enfermedad importante en nuestro país, según los datos aportados por los estudios anteriormente mencionados, los españoles no parecen tener conciencia ni preocupación sobre este importante factor de riesgo [108].

Tradicionalmente la obesidad se ha explicado por un desequilibrio del balance energético del organismo, al producirse un aumento de la ingesta calórica y una disminución del gasto energético. La dieta actual se caracteriza principalmente por un bajo consumo fruta, verduras y hortalizas, de

cereales y derivados y de legumbres. Por el contrario, incluye un elevado consumo de carnes grasas, embutidos y azúcares sencillos; una combinación que implica, a la fuerza, un perfil calórico desequilibrado, favoreciendo el sobrepeso y la obesidad. Algo similar ocurre en la dieta infantil, con un 85% de los niños españoles que no consumen verduras ni fruta a diario. Sin embargo, se ha denunciado que la dieta, la actividad física o la predisposición genética no pueden explicar, por sí solos, el evidente incremento en la prevalencia de obesidad y sobrepeso y, por tanto, deberían considerarse otros factores biológicos, conductuales y ambientales en la etiología de estos procesos [109]-[111].

La dieta, además de integrar sustancias necesarias para el correcto crecimiento y funcionamiento de nuestro organismo, puede también ser fuente de exposición a contaminantes químicos, capaces de alterar el equilibrio hormonal y favorecer, por ejemplo la obesidad. Es interesante destacar que a desde la segunda mitad del siglo pasado se viene produciendo un aumento progresivo en la producción y uso de compuestos químicos de síntesis, de utilidad en muchos bienes de consumo, que en cierta manera corre en paralelo al incremento de ciertas patologías de base metabólica y hormonal, como la obesidad y la diabetes. El inventario europeo de sustancias químicas (European Inventory of Existing Commercial Chemical Substances –EINECS-) recoge más de 100.000 compuestos para los cuales disponemos de una información toxicológica muy limitada. Fue la Organización Mundial de la Salud (OMS) la que sugirió en el año 2002, de acuerdo a la evidencia científica disponible, que muchas de las tendencias crecientes en ciertos enfermedades observadas en la población humana, podían ser atribuidas a la exposición a compuestos químicos-disruptores endocrinos (DEs), definidos como sustancias capaces de alterar el equilibrio hormonal y el desarrollo embrionario, y provocar efectos adversos sobre la salud de un organismo vivo, así como en su descendencia [112], [113]. No es casual que ese mismo año, que una investigadora formulara la hipótesis de relación causal entre obesidad y exposición a compuestos químicos, tras analizar la correlación entre el aumento de la frecuencia del sobrepeso en la población adulta y el aumento de la producción de sustancias químicas industriales conocidas como “obesógenos” [114].

El cáncer es también una de las enfermedades de mayor relevancia en salud pública, hoy en día, por su incidencia, prevalencia y mortalidad; siendo la principal causa de morbimortalidad en muchas regiones del mundo [115]-[118]. En España, al igual que en otros países desarrollados, el análisis de distribución del cáncer pone de manifiesto la existencia de grupos de riesgo definidos por edad, sexo, profesión, estilo de vida y exposiciones ambientales, con un mayor número de casos para tumores del aparato digestivo en hombres y de mama en mujeres. Por sexo, los cánceres más frecuentes son próstata y pulmón en hombres, y mama y colon en mujeres, tras el de piel no melanoma [115], [118]-[120]. Los datos obtenidos de los registros poblacionales indican además que en España, los casos asociados a estilo de vida y hábitos poco saludables son los que más están aumentando [121]-[123].

El cáncer, al igual que la mayoría de enfermedades crónicas, tiene un origen multifactorial, estimándose que un alto porcentaje de los casos, así como de las muertes provocadas podrían evitarse modificando los principales factores de riesgo asociados a esta enfermedad [108], [118], [124]. Destacan entre ellos, los factores conductuales, dietéticos y ambientales como son hábito tabáquico y alcohol, dietas inadecuadas, inactividad física, sobrepeso y obesidad, exposición a radiación ionizante y a carcinógenos ambientales y laborales, e infecciones víricas como hepatitis B y C, o virus del papiloma humano [124], [125].

Desde hace más de tres décadas expertos de todo el mundo muestran la evidencia científica que relaciona factores de riesgo modificables con el incremento de ciertos tipos de cáncer [124], [126] y resaltan la posibilidad de reducir la incidencia y mortalidad por cáncer mediante estrategias e intervenciones para mejorar los estilos de vida [127]. Recomendaciones de orden general con este objetivo han visto la luz a ambos lados del Atlántico en forma de documentos de consenso, guías de actuación y publicaciones científicas (WCRF/AICR, 2007). Por ejemplo, el programa “Europa contra el cáncer” [Código Europeo Contra el Cáncer (CECC)], que orienta sobre recomendaciones dirigidas a la prevención y al diagnóstico temprano del cáncer entre los europeos, cuya cuarta revisión se publicó recientemente [124].

Los expertos estiman, además, que al menos uno de cada cuatro de los casos de cáncer (25-30%) que se diagnostican podría estar relacionado con lo que comemos. Sin embargo, el efecto más importante de la dieta sobre la aparición de cáncer es la capacidad de algunos de sus componentes (especialmente aquellos presentes en las frutas, las verduras, las hortalizas, las semillas y las legumbres) para contrarrestar y reducir el riesgo de padecer un cáncer; es decir, una dieta equilibrada y saludable es una de las fuentes principales de protección frente al cáncer.

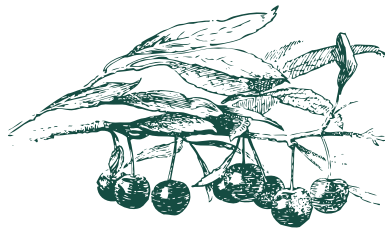
La evidencia científica indica que una ingesta elevada de frutas y verduras junto con otras fuentes de fibra dietética, como cereales, preferentemente integrales, y legumbres, reduce el riesgo de diversos cánceres, especialmente del tracto aerodigestivo [128]. Se recomienda un consumo de frutas y hortalizas de 400-600 g/día, y 25 g/día de legumbres [129]. Sin embargo, desde la década de los 60, el patrón de consumo de estos alimentos ha cambiado de forma notable en España, con un descenso del consumo que se ha mantenido a partir del año 2000 [130], [131]. El promedio de consumo de frutas, verduras-hortalizas en el 2012 fue de 300-330 g, y de 13,9 g para legumbres [131]. Por el contrario, en población infantil se estima que el consumo diario de verduras y hortalizas ha aumentado en los últimos años, pasando de un 28,9% (2006) a un 36,8% (2013); también de legumbres (1-2 veces/semana del 59,2% al 65,1%), aunque sigue siendo, no obstante, bastante deficiente ([104], [132]).

Las encuestas de consumo de alimentos, realizadas por el Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, para el período 2000-2012 (AECOSAN), también revelan que los patrones de consumo de otros alimentos han cambiado notablemente en los últimos 40 años, difiriendo en la actualidad del patrón tradicional de dieta mediterráneo. Así, la ingesta de carne, de productos horneados y de alimentos fritos fue superior a la recomendada, en más de la mitad de los encuestados [130], [131], [133]. El consumo de carne y productos procesados también ha ido aumentando a lo largo de los años, pasando de 77 g/persona/día en 1964, a 180 g/persona/día en 2012 en población adulta, y de un 11,6% (2006) a un 19,8% (2013) en población infantil [131]. La población infantil y adolescente muestra también un excesivo consumo de proteínas animales, procedentes mayoritariamente de productos cárnicos [104], [130], [131]. Es importante, por tanto, que se consideren políticas apropiadas de agricultura, salud pública y otras, para poder mitigar o inclusive combatir los efectos adversos de estos cambios.

Los alimentos, además, pueden ser vehículos de exposición a componentes no nutricionales, incrementando, a su vez, el riesgo de determinadas patologías relacionadas con la alimentación, como la obesidad, la diabetes o el cáncer. Se trata de sustancias que inicialmente no están presentes en los alimentos, pero que se incorporan como contaminantes como consecuencia de prácticas y/o actividades del hombre, o bien porque se forman durante el proceso de elaboración, preparación y manipulación de estos alimentos. Entre estos contaminantes de origen químico podemos encontrar residuos de plaguicidas, colorantes, conservantes, aditivos y otras sustancias químicas (aflatoxinas, policlorobifenilos, dioxinas, metales pesados, nitratos, compuestos orgánicos persistentes, etc.). El mayor problema de estos contaminantes radica en que estos no cambian ni el aspecto ni la mayoría de las características de los alimentos, impidiendo que la contaminación se reconozca a simple vista pasando a ser inadvertida. Además, tanto el residuo de algunos pesticidas, plaguicidas y/o fungicidas en frutas y verduras convencionales, metil-mercurio, dioxinas en los alimentos ricos en grasa, o partículas de plástico en el pescado, como bisfenol A (BPA) en envases, están clasificados hoy en día como carcinógenos y/o obesógenos. BPA es un producto químico utilizado en la fabricación de miles de productos que utilizamos a diario, como por ejemplo plásticos tipo policarbonato, recubrimiento de latas de conserva, envases de bebida, utensilios de cocina, entre otros muchos. Su presencia es tan común que el 90% de la población tiene trazas de BPA en su organismo. El empleo de plásticos para cocinar y contener alimentos y bebidas, incluida el agua embotellada, contribuye también a la exposición infantil a estos compuestos químicos que alteran su sistema hormonal y puede tener consecuencias sobre su crecimiento y desarrollo [111].

Aunque minoritarias en países con sistemas de control e inspección de procesos y alimentos, no nos podemos olvidar de las enfermedades de transmisión alimentaria, que se producen por la ingestión de alimentos contaminados con agentes biológicos (bacterias, virus o parásitos, o toxinas producidas por estos); también conocidas como "toxiinfecciones alimentarias". Algunos ejemplos serían la Salmonelosis y la Hepatitis A, el Botulismo, la gastroenteritis, y parasitosis como las producidas por la Triquinelosis y la Anisakiasis.

La inocuidad y la calidad de los alimentos tiene que potenciarse ya que las enfermedades de origen alimentario también deberían considerar factores de exposición ambiental, tanto químicos como biológicos. Por ejemplo, es necesario establecer un control más estricto sobre las sustancias químicas presentes en el medioambiente, en los alimentos y en bienes de consumo, mejorar los sistemas de evaluación de la toxicidad incluyendo los estudios de múltiples compuestos químicos actuando de forma combinada y establecer un sistema de biomonitorización de la exposición humana que pueda ser utilizado para implementar medidas preventivas y evaluar su efectividad. La puesta en marcha de diferentes planes de acción es urgente, más aún, sabiendo el carácter prevenible de la mayor parte de estas patologías que se podrían evitar modificando simplemente algunos estilos de vida.



POBREZA, MALNUTRICIÓN Y PRIVACIÓN ALIMENTARIA. ALGUNAS HERRAMIENTAS PARA SU ANÁLISIS

CECILIA DÍAZ-MÉNDEZ

CATEDRÁTICA DE SOCIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO.
DIRECTORA DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SOCIOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN

Durante los años más duros de la reciente crisis económica española han tenido que ser la ONGs las que dieran la voz de alarma ante el aumento del número de ciudadanos demandantes de ayuda alimentaria. Cáritas y Cruz Roja en particular, con su larga tradición en la ayuda social en España, manifestaban su desconcierto ante un nuevo demandante de alimentos con un perfil diferente, inusual en una sociedad como la española sin escasez de alimentos. ¿Por qué han sido las ONGs y no el gobierno quienes visibilizaron la situación?

Para analizar la privación alimentaria en España, “la disponibilidad de alimentos inocuos y nutritivos de manera estable, que éstos sean seguros y accesibles y la capacidad para adquirirlos de forma socialmente aceptable”, como define la FAO la inseguridad alimentaria, contamos con diversas fuentes estadísticas que ofrecen datos fiables, pero que tienen importantes problemas para aproximarnos a la relación entre pobreza y alimentación.

Los conceptos de pobreza y malnutrición han cambiado, algo que ya sabíamos, pero en esta transformación se abandonaron algunas de las formas de medir la privación alimentaria. Constatamos que, frente a un concepto de pobreza relativa, la falta de alimentos es algo excepcional que no define la situación actual de privación material por la que pasan las personas y los hogares con más necesidad. Esta situación es conceptual, pero también metodológica. Las nuevas formas de medición de la privación están asociadas a los nuevos conceptos en juego: la pobreza y la malnutrición.

EL ANÁLISIS CUANTITATIVO. FUENTES ESTADÍSTICAS, LIMITACIONES Y PANORAMA GENERAL DE LA POBREZA Y MALNUTRICIÓN

Las fuentes estadísticas habituales para conocer la situación económica de los hogares y que contemplen algún aspecto relacionado con la alimentación son, al menos, tres: La Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), la Encuesta de Condiciones de Vida (hoy ECV, antes PHOGUE) y los Informes FOESSA (éstos de carácter privado, las anteriores públicas). Comento brevemente el interés que tienen para detectar la privación alimentaria.

La EPF permite conocer el gasto alimentario doméstico y extradoméstico y saber cuánto dedican a alimentación los hogares más pobres. Esta fuente tiene varios problemas para analizar la falta de alimentos: La muestra de los hogares con menos renta (menos de 499 euros) es pequeña, pero sobre todo hay que considerar la lentitud con la que cambia el gasto alimentario para hacer de esta encuesta una vía útil de información. Es difícil detectar una variación que alarme sobre el aumento de casos de falta de alimentos y más aún sobre una tendencia que pueda estar afectando a una parte de la población. Así por ejemplo, en el 2012 el porcentaje de gasto que los hogares españoles destinaron a la alimentación fue del 15% y en 2017 del 14%; el gasto medio por hogar en alimentación en 2012 fue de 4.160 euros y en 2017 de 4.125 euros (EPF) [134]. Las variaciones son pequeñas para poder considerar que existe un problema ligado a la a alimentación.

Hay, sin embargo un dato que se mantiene en todas las EPF del mundo, de interés para explorar las cuestiones ligadas a la comida, y es la existencia de una relación inversa entre la renta y el porcentaje de gasto dedicado a comer: Los hogares de menor renta son los que más dinero de su presupuesto dedican a alimentarse. Así por ejemplo, los hogares españoles con menos de 500 euros de ingresos gastaron en 2017 un 17% en alimentación, mientras que los hogares con más de 5.000 euros dedicaron a comida un 10% de su renta. Este es un aspecto interesante a tener en cuenta cuando se

busca el efecto “crisis económica” sobre el gasto, dado que habitualmente se buscan reducciones en el consumo y en el caso de la alimentación deben buscarse incrementos.

La ECV cuenta solamente con una pregunta para indagar en la situación de pobreza alimentaria: “Dígame si el hogar puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente para los vegetarianos) al menos cada dos días”. En el 2008 respondieron afirmativamente 2,2% de hogares, en 2013 un 3,5%, en 2017 fue de 3,8% (ECV) [135]. Aunque también se pregunta sobre la ayuda recibida de personas o instituciones que pueden proporcionar alimentos, ropa u otros bienes básicos, el resto de las preguntas muestran lo que se entiende hoy por pobreza: no disponer de coche, retrasos en los pagos, capacidad de afrontar gastos imprevistos, mantener la vivienda a temperatura adecuada o ir de vacaciones al menos una semana al año.

En algunos de los informes FOESSA se indaga también sobre alimentación, aunque no en todos ellos, y se pregunta si “En su hogar ha pasado hambre en los últimos diez años?” a lo que responde “Sí, lo estamos pasando” un 2% de los hogares entrevistados [136]. Y una segunda cuestión: “Señale si por problemas económicos se han visto ustedes obligados en el último año a enfrentarse con algunos de los siguientes problemas” cuyos resultados referidos a la alimentación aparecen en las respuestas “No poder realizar una comida de carne, pollo o pescado al menos 3 veces por semana” y “No llevar una dieta adecuada”. Los datos muestran que un 16% contesta afirmativamente a esta última cuestión [136].

Estos datos ponen de manifiesto las limitaciones para captar la privación alimentaria con las fuentes estadísticas existentes, pero nos adentran en un nuevo campo, tradicionalmente no explorado en los estudios de pobreza alimentaria: la salud. Por ello hay que incluir una nueva encuesta en la lista: la Encuesta Nacional de Salud (ENS).

La ENS muestra, efectivamente, malnutrición en la sociedad española, pero no asociada a la falta de comida sino a su exceso. Los datos de los últimos años presentan un panorama preocupante en relación con el aumento de la obesidad en la sociedad española. La relación entre la clase social y la obesidad se confirma en las diferentes oleadas de la ENS y son los individuos de las clases sociales más bajas los más afectados por este problema (un 9% de obesos en la clase I frente al 22% en la clase VI en 2017). Pero además, es en las clases sociales más bajas en las que ha continuado aumentando la obesidad en los últimos años, reduciéndose en el resto. No es exagerado afirmar que la obesidad es la nueva forma de desigualdad alimentaria, la manifestación moderna de la pobreza, que sustituye al hambre en los países “ricos”. Hay, pues, que incorporar a estos estudios las encuestas de salud y explorar los patrones alimentarios y de actividad física, y prestar especial atención a la evolución de la obesidad en periodos de crisis y en años sucesivos [137].

EL ANÁLISIS CUALITATIVO TRADICIONAL. HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS Y ESTRATEGIAS SEGUIDAS POR LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA

Tradicionalmente los investigadores hemos resuelto la falta de datos cuantitativos con investigación cualitativa analizando en profundidad a reducidos grupos de individuos u hogares afectados por la crisis o demandantes de ayuda alimentaria. Con estos estudios es posible explicar cómo se enfrentan los hogares a la falta de comida y como gestionan su privación alimentaria, el respaldo institucional y del entorno que recién o cómo se perciben como demandantes de este tipo de ayuda o en su nueva situación de privación [87].

La forma en que los hogares pobres afrontan situaciones de privación material ha sido estudiada con profusión, pero es poco habitual que los problemas ligados a la falta de alimentos se integren en estos análisis [139]. En términos generales, los trabajos sobre privación material adoptan dos perspectivas de análisis: Unos describen y analizan la forma de resolver las necesidades alimentarias a través de ayudas sociales, bien sea pública o privada, formal o informal (vías no económicas para resolver la inseguridad alimentaria). Otros exploran de qué modo se proveen de alimentos los hogares más pobres, centrándose en particular en la compra de alimentos y en la composición de la cesta de la compra (vía económica para resolver la privación alimentaria). En ambos casos, sea a través de la ayuda alimentaria, sea a través del mercado, se ponen en evidencia las dificultades de estos hogares para resolver sus necesidades alimentarias básicas y para llevar una dieta apropiada [140].

En el primer grupo de trabajos, se presenta un modelo dinámico de gestión de la privación en el que se explica cómo los hogares pobres adoptan estrategias para afrontar la situación que padecen, siempre desde la perspectiva del apoyo institucional y/o informal como vía principal para salir de la situación [90], [91]. La estructura del hogar, en particular la presencia de menores, afecta o modula la decisión, pues se adoptan elecciones que no se harían si no se tuvieran hijos, con el objetivo de evitar el efecto de la privación sobre los menores o su visibilidad. Estos trabajos confirman que los factores estructurales del hogar condicionan la forma de afrontar la privación alimentaria y ponen de manifiesto que las personas afectadas por situaciones de pobreza actúan para intentar salir de la escasez y no para mantenerse anclados en la ayuda social [143]-[145].

Los estudios que analizan las vías habituales de adquisición de alimentos de la población con menos recursos se orientan a analizar la compra de productos y la composición de las dietas que estas adquisiciones les permiten. Estos trabajos muestran que la comida se ve alterada en situaciones críticas y que las elecciones alimentarias están condicionadas por sus circunstancias económicas y no por sus preferencias alimentarias. Estos trabajos confirman la relación entre los bajos ingresos y una alimentación con escasas frutas y verduras y con un exceso de grasas y azúcares, y un patrón alimentario orientado hacia alimentos más calóricos y saciantes que el resto de la población [146]-[149]. Paradójicamente, los hogares pobres son los más afectados por la obesidad [150], [151].

En definitiva, sea a través de la ayuda social o con estrategias de compra para ajustar las necesidades a sus reducidos ingresos, los hogares afectados por privación material afrontan activamente sus graves problemas alimentarios. Pero con frecuencia sus esfuerzos para afrontar la escasez de alimentos derivan en malnutrición con los consiguientes efectos sobre su salud.

En resumen, podemos encontrarnos con estudio de dos tipos: Un primer grupo de trabajos que describen y analizan las estrategias para resolver las necesidades básicas. Están orientados a explorar la situación de dependencia que genera la privación, bien de las instituciones, bien del entorno social. Esto suele ir ligado a la exploración de su condición de dependientes y al análisis de la autopercepción. Un segundo grupo orientado a explorar el consumo alimentario en estos hogares, los gastos y la composición de la dieta, para analizar los efectos que la alimentación tiene en estos grupos sociales de baja renta.

NUEVAS PERSPECTIVAS: EL ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE CONSUMO DE RESILIENCIA

La reciente crisis económica y las nuevas situaciones de privación alimentaria han contribuido a complementar las perspectivas más tradicionales con estudio del campo de la sociología de la alimentación. Una primera orientación ha estado orientada a explorar el papel activo de los hogares e individuos afectados por la crisis en términos de capacidad y no solo de posibilidad de acción. La resiliencia como una capacidad activa para responder a la crisis y organizar la vida frente a nuevas situaciones presenta al afectado como un agente que se enfrenta a la crisis con sus propios recursos y utilizando los del entorno activa y estratégicamente con el objetivo de salir de la privación. Se analizan, así, prácticas de consumo de resiliencia, como la economía colaborativa, o nuevas prácticas para minimizar el efecto de la crisis en las que ayuda social o la caridad se presenta como una más de las opciones posibles que se integran en el resto de las opciones. En este mismo sentido, se analizan las respuestas de consumo ante el rol económico, pues hay estrategias de compra tradicionalmente conocidas y exploradas (reducir gastos, cambiar de establecimiento, comparar precios, ...) pero también hay sacrificios individuales que modifican la jerarquía de preferencias para que la situación afecte a unos (quienes aparentemente pueden asumirlo mejor, habitualmente las mujeres) y no a otros (en particular a los niños). Podríamos incluso añadir una forma más de ver la situación de privación asociada al empoderamiento del consumidor, a su capacidad para reorganizar sus consumos con prácticas no tradicionales o no mercantilizadas que le dan un cierto poder de maniobra frente al mercado y por tanto frente a la situación de privación. El consumo colaborativo o el autoconsumo o las prácticas colectivas de consumo son un buen ejemplo de comportamiento de resistencia [152].

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR EL ANÁLISIS DE LA POBREZA Y LA PRIVACIÓN ALIMENTARIA

Tras este análisis de las aproximaciones cuantitativas y cualitativas, cabe mencionar algunos aspectos que pueden ayudar a realizar mejores análisis sobre la privación alimentaria en las sociedades en las que no faltan alimentos.

En primer lugar, en casi todos los estudios se exploran y analizan las estrategias no económicas y las económicas por separado, siendo muy habitual que en mismo estudio se explore la compra o la ayuda, pero no ambas. Es evidente que esto constituye un error, pues presenta la situación de privación alimentaria de manera parcial: por un lado, no hay ningún hogar que viva solamente de la ayuda social sin tener que complementarla con la compra de alimentos; por otro lado, no todas las personas que se encuentran en una grave situación de privación alimentaria están dentro de los circuitos institucionales de ayuda social. La organización de la alimentación cotidiana debe ser el objetivo de cualquier estudio de privación alimentaria, y por ello debe incluir todas las formas posibles de provisión de alimentos. Se deben tratar estos hogares como al resto de los hogares en los que se intenta averiguar cómo resuelven su alimentación cotidiana.

En segundo lugar, puede ser un error estudiar a colectivos que se consideran más afectados que otros por la crisis económica, por dos motivos. Por un lado, aunque parece necesario estudiar a quienes se encuentran en una situación más vulnerable, muchas de las respuestas a la crisis se encuentran en aquellos colectivos que reaccionen a ella en situaciones complejas pero no extremas. La economía colaborativa, los huertos urbanos, la solidaridad en el consumo y en el gasto en pequeñas localidades, muestra formas de resiliencia y de respuesta activa que pueden no detectarse en los colectivos más críticos pero son opciones viables y utilizadas por ellos. Por otra parte, la crisis no afecta solo a unos pocos. Estén o no en situación crítica, los estudios indican que también los hogares sin privación material han reaccionado ante ella. El aumento de la conciencia sobre el desperdicio alimentario o sobre el efecto colectivo de un consumo excesivo, la austeridad, la solidaridad, la colaboración, son reacciones que se han visto incluso en los hogares que no han modificado su renta durante la crisis, y cuyo comportamiento afecta a los que la sufren.

En último lugar, quizás debamos plantearnos un cambio en la aproximación que hacemos a los colectivos más vulnerables, a los que dirigimos una mirada que nos lleva a explorarlos en su rol de receptores afectados por una grave situación de privación y para los que la ayuda social se presenta como una respuesta caritativa, aunque sea estatal, y no como una reacción de una sociedad que se rige por principios de solidaridad y de equidad, y que reparte sus recursos cuando las situaciones adversas afectan más a alguno de sus miembros. Cuando algunos de los “nuevos pobres” que hemos estudiado describían su situación con un “hoy me ha tocado a mí”, nos estaban diciendo que el siguiente podría ser cualquiera, pero también nos estaban diciendo que esperaban una respuesta de una sociedad con un bienestar al que ellos mismos habían contribuido unos meses antes.



LA SALUD Y LA ALIMENTACIÓN DESDE LA MIRADA FEMINISTA

ISABEL ÁLVAREZ VISPO

EDUCADORA Y AGROECÓLOGA, ACTIVISTA DE LA COORDINACIÓN BALADRE Y RESPONSABLE DE INCIDENCIA POLÍTICA EN LA RED URGENCI INTERNACIONAL.

La alimentación y la salud, en la medida en la que se sitúa dentro de la esfera de los cuidados, ha sido históricamente una responsabilidad totalmente feminizada. La desigualdad de las mujeres y la división sexual del trabajo son pilares fundamentales del modelo capitalista y patriarcal y suponen para las mujeres un rol de cuidadoras devenido por su capacidad física de reproducción. En el caso del sistema alimentario, analizar sus realidades conlleva múltiples dimensiones ya que, además de como cuidadoras en el hogar, las mujeres han tenido y tienen un rol muy importante en la producción de alimentos saludables y la preservación de la biodiversidad.

Es importante recordar y recuperar el enfoque de derechos humanos en la alimentación ya que en sus características están la universalidad, indivisibilidad, interrelación e interdependencia. Es decir, no puede haber un cumplimiento íntegro del derecho a la alimentación adecuada sin el cumplimiento de otros derechos como los derechos de las mujeres.

Profundizar en las múltiples caras de esta realidad daría para mucho, por ello, en este apartado se pretende realizar una mera aproximación con una óptica feminista a distintos aspectos relevantes en la relación entre la salud y el acceso a la alimentación.

APROXIMACIÓN A LA SALUD DESDE UN ENFOQUE FEMINISTA

Para comenzar, es importante dedicar unas líneas a la explicación de cómo se conforman la mirada y los estudios científicos sobre salud y género, ya que estos no están fuera de un modelo patriarcal construido sobre principios jerárquicos y dicotómicos que llegan a todos los ámbitos, incluidas la medicina y el cuidado de la salud.

En este sentido, lo primero a resaltar es que, hasta hace pocos años en los que se están desarrollando estudios con mirada feminista, la mayoría de los estudios con los que se cuenta mantienen un punto de vista compartimentado y restrictivo en el que se priorizan indicadores para la etnia o la clase sobre indicadores que estudien las desigualdades de género, sin hacer una adecuada articulación de las distintas variables como reclama la teoría feminista [153]. De ahí que muchos estudios simplemente constaten datos referidos a las relaciones entre hombres y mujeres, sin preocuparse por buscar más explicación que profundice en su construcción social de base.

En esa construcción, un pilar fundamental ha sido la naturalización social de las mujeres y sus cuerpos, es decir, una percepción esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y anula con ello toda posibilidad de cambio. En el caso concreto de las mujeres supone teorizar y vincular, por ejemplo, la responsabilidad de las mujeres respecto al cuidado de las criaturas o enfermos, o la división sexual del trabajo, con una biología y una psicología que, en último extremo, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina [154]. Esta mirada surge en occidente dentro de un orden social, económico y político de la sociedad colonial y capitalista que, aunque desigual y jerárquico, se presenta como natural y legitimado por quienes defienden un concepto muy concreto de “progreso y desarrollo”. Esta mirada, que sitúa a las mujeres como seres inferiores, se encuentra implícita en los discursos científicos, políticos y sociales determinando una desigualdad que lleva a las mujeres a desempeñar determinadas tareas no reconocidas como “productivas” en esta sociedad, relegadas al ámbito privado y reproductivo, viendo limitado su acceso a otras actividades y a la toma de decisiones sobre sus propios cuerpos y, por ende, sobre sus propias vidas. Se las contempla como meras reproductoras biológicas, cuerpos contruidos alrededor de un útero siendo ese su papel central y condicionando el resto de sus vidas.

Ir más allá de esta naturalización, tal y como plantean algunas autoras [154], requiere romper con estas ópticas deterministas y con la discriminación que conllevan. De esta forma, analizar las relaciones entre salud y género implica replantear y formular alternativas teniendo en cuenta distintos aspectos:

- ⇒ Contemplar a un mismo tiempo y de manera articulada las dimensiones biológica, social y cultural de las enfermedades. Es habitual dar por hecho categorías y diferencias biológicas y relacionarlas posteriormente con variables sociales y culturales como si éstas fueran algo que se añade y no hubiera retroalimentación en su definición.
- ⇒ Es importante implementar modelos multicausales para explicar el origen y el desarrollo de los distintos malestares.
- ⇒ Salir del principio de que las enfermedades son universales y se dan de igual forma en distintos cuerpos y contextos.
- ⇒ Es necesario desarrollar análisis que rompan con las categorías binarias del pensamiento occidental razón/emoción, cultura/naturaleza, hombre/mujer
- ⇒ Abordar la discusión de la neutralidad de la medicina, planteando las parcialidades de partida de cada análisis científico.

En definitiva, se trataría de encontrar formulaciones de la salud que no fueran negativas ni siguieran definiendo a las mujeres como “las otras” o las “vulnerables”. Las descripciones deberían apoyarse en lecturas de las propias mujeres y hombres que reflejen maneras de entender y vivir la enfermedad mucho más diversas y ricas en matices (clase, etnia, edad, hábitat...). Todo ello supone adoptar perspectivas que salgan del encasillamiento tradicional científico que impide un enfoque integral que incorpore el contexto y vayan más allá de la homogeneización en la que pretenden realizar sus clasificaciones.

LA DESIGUALDAD DE LAS MUJERES TRADUCIDA A PATOLOGÍAS

Profundizando en este enfoque sobre la salud, en los últimos años hemos asistido a una medicalización o patologización de algunos procesos naturales que forman parte de la vida de las mujeres. La menstruación, la maternidad o el envejecimiento se han convertido en momentos importantes, no tanto para el cuidado de las mujeres, como para generar negocio en distintos ámbitos, uno muy importante, el ámbito alimentario.

Una de las consecuencias del desarrollo del modelo de agricultura agroindustrial ha sido una óptica tecnocentrista que ha logrado generar una ruptura del vínculo entre la producción de alimentos y la tierra. Esta separación se traduce en una confianza ciega en la tecnología para producir alimentos comestibles e incluso saludables desligando la producción de alimentos de variedades locales, temporadas o el propio entorno, sin tomar en cuenta el precio que ello pueda conllevar, tanto para el planeta como para los cuerpos. Está demostrada la menor capacidad nutricional de los llamados alimentos kilométricos [7], producidos en base a insumos químicos y recogidos antes de su estado óptimo de maduración. A esto es necesario añadir el desarrollo del ultraprocesado de los alimentos y el importante contenido en grasas y azúcares en muchos de estos productos [9].

Todo ello tiene como consecuencia un mercado globalizado repleto de productos comestibles que, desde una óptica nutricional, no siempre podrían considerarse alimentos y que además son ofrecidos a precios bajos. Esta realidad ha llevado a contar cada vez más con sociedades donde la diabetes y los problemas de obesidad empiezan a ser ya un problema grave desde la infancia.

Mientras desde la agroecología se trabaja en enfoques que aborden las causas de estas enfermedades de forma integral, las corporaciones han visto la oportunidad de abrir un campo amplio a la llamada “suplementación”, es decir, a intentar compensar las carencias nutricionales de los productos que nos ofrece el sistema agroindustrial con más productos producidos por el mismo sistema, con suplementos que compensen estas carencias. El desarrollo de estos productos se sustenta en campañas de marketing que, en la mayoría de los casos, interpelan a las mujeres cuidadoras responsables. Además, dentro de estos productos hay una amplia gama que responden a las supuestas necesidades de las mujeres en determinados momentos vitales. La menopausia, la lactancia, la maternidad o la pubertad, lejos de tratarse como procesos naturales se han patologizado tratándolos más como una enfermedad que como un estado vital, visibilizándolos como problemas y generando todo un mercado de posibles soluciones con productos suplementados. De nuevo, se vuelve a re-

forzar la visión del “sexo débil” por constitución biológica generando una monetarización y un nicho de mercado que enfoca directamente a las mujeres.

LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, UN PROBLEMA FEMENINO

En todo este camino que se describe, se da lo que desde el enfoque feminista se llama la colonización de los cuerpos de las mujeres, es decir, una invasión de su capacidad de decisión sobre cómo quieren ser, estar y vivir en esta sociedad. Esta colonización se constata por ejemplo, cuando se analizan las cifras de las personas que sufren trastornos alimentarios como la anorexia o la bulimia. Las cifras de estos trastornos no dejan de incrementarse en el número de personas que los sufren: se dan en mayor medida entre adolescentes y en un 90% son padecidos por mujeres [155].

Una imagen estereotipada del cuerpo, cánones imposibles de mujer ideal, y las presiones socioculturales sobre su cuerpo son causantes de estas enfermedades que afectan en mayor medida a las mujeres. Así mismo, esa imagen implica unas medidas y una delgadez que han desarrollado todo un modelo alimentario y un mercado de productos vendidos como el camino para poder alcanzarlas. Los datos reflejan que, en la medida en la que ese mercado se ha desarrollado, se han incrementado también los porcentajes de personas que sufren estos problemas de salud.

Las adolescentes son la franja de edad mayoritaria y la anorexia se ha convertido en la tercera enfermedad crónica en estas edades [156]. Se ha adelantado la edad de la insatisfacción corporal y se están agudizando las creencias, valores y actitudes negativas sobre el cuerpo. Aumentan los sentimientos de rechazo del propio cuerpo desde muy niñas y se están propiciando un mayor número de problemas que “arreglar” para agradar a las demás personas, ni siquiera pensando en ellas mismas. Hoy en día, se estima que en torno a un 5% de adolescentes entre 13 y 18 años sufre alguno de estos problemas, y en los últimos años se ha dado un incremento en niñas más jóvenes y también en mujeres adultas. Además de los casos diagnosticados en estos trastornos, un 40% de las niñas desde los 9-10 años está haciendo dieta y casi un 90% de las mujeres adultas manifiesta que desea perder peso.

Las expertas coinciden en señalar lo difíciles que son los tratamientos de la anorexia y la bulimia y que realmente debería trabajarse en una prevención de estos trastornos, ya que hay conductas previas a detectar, pero sobre todo un sistema que está empujando a muchas de estas chicas a este tipo de procesos autodestructivos.

Lo más perverso de esto es que, mientras se convierten en “enfermedades” los procesos naturales como la menopausia o el embarazo, el mismo sistema es causante de trastornos y enfermedades graves, consecuencia de un estándar de belleza que se vende como saludable.

LAS MUJERES COMO CUIDADORAS Y GESTORAS DE ALIMENTO

Todo este enfoque, como se apunta al comienzo, es parte de este sistema y permea en todas las esferas. La naturalización de los roles de las mujeres en la sociedad a partir de la determinación biológica se extiende a todo el ámbito de cuidados y, por supuesto, al alimentario.

Hoy en día, en los informes sobre tareas en el hogar, las actividades relacionadas con la alimentación son realizadas, de media, en un 70% por las mujeres, por lo que siguen siendo quienes asumen en mayor medida esta responsabilidad [157].

De igual forma, este enfoque produce un efecto identitario en ellas, otorgándose un rol de meras cuidadoras y poniéndose ellas mismas en un segundo plano en esa cadena de cuidados. Es decir, ellas se cuidan después de asegurar que todo su entorno familiar y afectivo ha sido cuidado. Esto mismo ocurre con la alimentación. Históricamente las mujeres son las últimas en sentarse a la mesa y en caso de no haber alimento suficiente ellas nunca se sienten como prioritarias, con lo que esto conlleva a nivel físico, pero también a nivel mental. La responsabilidad y el peso del cuidado o de la falta de éste recae fundamentalmente sobre ellas. Todo ello hace que se haya normalizado una doble, e incluso triple, jornada de trabajo para las mujeres, dentro y fuera del hogar, siendo una circunstancia fundamental si se quieren abordar cambios estructurales en los sistemas alimentarios.

Hoy en día, el sistema alimentario agroindustrial proporciona alimentos “baratos”, “rápidos” y “cómodos” dentro de un modelo basado en la inmediatez y en ritmos de vida poco sostenibles. Además, las grandes cadenas de distribución, con precios y calidades más bajas, se instalan en barrios periféricos desplazando al pequeño comercio y a opciones en las que pueden encontrarse tanto productos como relaciones más cercanas. Ese tipo de alimentos rápidos y cómodos son una solución inmediata para las personas más incómodas del planeta y que menos tiempo y recursos tienen, es decir las mujeres. Esto hace que se entre en una rueda perversa porque, en muchos casos, siendo conscientes de que esos productos no son los más saludables, la falta de tiempo y su accesibilidad hace que sean los más utilizados, lo que a su vez puede llevar una carga mayor de culpa, en la medida en la que se es consciente de que son los productos que se pueden conseguir, pero no con los que les gustaría alimentarse.

Estas situaciones se agravan más en hogares que no responden al estándar aceptado, es decir, no son familias dentro de la norma. En el caso, por ejemplo, de las familias monoparentales en el Estado Español, que hoy suman más de 1.800.000, más de 1.500.000 tienen como responsable a una mujer. Según datos de 2016, el 90% de estas familias viven de media con unos ingresos de menos de 1000 euros al mes y en un 47% menos de 600 euros. Por lo que vemos que en estos casos la responsabilidad de las mujeres es absoluta y viene asociada a una precariedad importante, lo que agrava su dificultad a la hora de acceder tanto a alimento como a condiciones de vida saludables.

Una de las principales dificultades a la hora de abordar estos temas es la ausencia de datos desglosados por sexos y por clase y con una mirada interseccional entre las desigualdades, clave para poder entender las condiciones de vida de las personas, incluida su alimentación.

Estas circunstancias son claves a la hora de abordar posibles medidas o marcar objetivos en los cambios de hábitos alimentarios. En muchos casos, los hábitos saludables implican disponer de tiempo para preparar y cocinar los alimentos e incluso desplazarse para poder ir a mercados o participar en iniciativas agroecológicas y se hacen incompatibles con una división sexual del trabajo que penaliza a las mujeres. Por lo tanto, los cambios reales solamente podrán ser logrados si ese trabajo aborda de forma integral la desigualdad de género.

SALUD DE LAS MUJERES COMO PRODUCTORAS Y TRANSFORMADORAS DE ALIMENTOS

En esa multitud de dimensiones a incorporar en el tema que nos ha traído aquí, no puede olvidarse el mirar a las mujeres productoras y transformadoras de alimentos. Estas mujeres viven las desigualdades que describimos como consumidoras, pero a su vez cuentan con circunstancias propias por dedicarse al sector agrícola y por ser habitantes del medio rural.

Dentro de las mujeres que trabajan en el ámbito de la producción de alimentos hay una amplia diversidad. Mujeres campesinas, mujeres jornaleras o empleadas de industrias transformadoras, forman parte del sistema alimentario y están en el comienzo y el final de la cadena, por lo que su salud viene determinada no solo por el producto finalizado sino por el proceso primario de producción o de transformación.

La primera desigualdad pasa por su invisibilidad en el sector. A nivel mundial se sabe que son las mujeres las que alimentan al mundo y las que históricamente han sido las guardianas de la biodiversidad, clave para una alimentación adecuada y nutritiva [158]. A pesar de ello, históricamente se ha asociado a los hombres con mayor “profesionalidad” y ellas han sido siempre vistas como mera “ayuda familiar” y como agentes menos relevantes para la producción.

Esta circunstancia, unida a las bajas rentas agrarias que han devenido del modelo agroindustrial, ha hecho que, en los modelos de pequeñas producciones, todas las personas que trabajaban en la producción no puedan cotizar como trabajadoras, siendo las mujeres las más perjudicadas en estas situaciones. Son muchos los casos de mujeres que trabajan o han trabajado en las producciones, pero no llegan a obtener ningún derecho por ello. Hoy en día, en el Estado Español, solo el 9% de las fincas son dirigidas por mujeres. Un 82% trabajan en fincas dirigidas por hombres y de ellas solamente un 59% cotizan a la Seguridad Social [159].

En el caso de las mujeres jornaleras, aunque lograron en el 2009 la igualdad salarial en el convenio del campo, según el SAT (Sindicato Andaluz de Trabajadores) en la realidad esto está lejos de cumplir-

se. A esto se añade que en muchos casos se contrata a mujeres migrantes priorizando a las madres por suponer que de esta forma se garantiza su no permanencia en el Estado. Estas mujeres son maltratadas y sufren abusos sexuales en muchos casos aprovechando la superioridad de sus jefes, varones, que las saben en una situación de absoluta desprotección como mujeres, inmigrantes y pobres.

A estas circunstancias como mujeres se suman las consecuencias para la salud del propio trabajo productivo. El Estatuto de las mujeres agricultoras aprobado en el País Vasco [160] reconoce que históricamente ha habido una desigualdad hacia las mujeres en el abordaje de la salud en el trabajo para este sector. Se reconoce que se han analizado los riesgos y circunstancias de los hombres para posteriormente establecerlas con carácter general. En este documento se establecen artículos específicos sobre salud en el trabajo (Artículo 23) y protección contra la violencia sexista y el acoso sexual (Artículo 24), así como para la visibilización y reconocimiento del trabajo de las mujeres.

En este contexto, es importante señalar que la mayoría de iniciativas de producción agroecológica que buscan un cambio de modelo y producciones más sostenibles y cercanas, son lideradas por mujeres, si bien se aprecia una tendencia, en la medida en la que se desarrollan, aumenta su dimensión e incorporan hombres en el proyecto se hace más difícil seguir siendo ellas la cara visible.

A todo lo anterior hay que añadir además la circunstancia de que las mujeres productoras viven, al menos en su mayoría, en el medio rural. Esto, a día de hoy, supone una dificultad añadida para una buena gestión de la salud. El desmantelamiento de los servicios en el medio rural afecta de manera especial a las mujeres. En muchos pueblos no hay ni siquiera servicios de urgencias y los servicios como especialistas en ginecología son inexistentes a nivel municipal o comarcal, teniendo que desplazarse muchos kilómetros para poder ser atendidas, lo que, unido a la ya mencionada falta de tiempo y a su propia percepción en muchos casos como “menos importante” que el resto de sus familias, dificulta en gran medida el poder acceder a cuidados. De igual forma, la escasez de servicios sociales (con asistentes que pasan una vez por semana en el mejor de los casos) es una de las dificultades determinadas como para poder abordar la violencia de género en el medio rural [161]. En el caso de ser agredidas, las mujeres no tienen servicios de base accesibles para poder denunciar o contar con apoyo de todo tipo para esa situación en un corto tiempo. Esto, sumado a otras causas como la presión social o el miedo, hace que sea difícil la denuncia de estos casos.

Por lo tanto, se ve cómo el modelo agroindustrial ha supuesto una “profesionalización” y masculinización en el trabajo agrícola y un abandono del medio rural que hace complicada la vida de las mujeres en estos lugares, así como su reconocimiento como agentes importantes de nuestra alimentación. Como se apuntaba, la suma de desigualdades es mayor en el medio rural y la propia especialización de los cultivos ha hecho que se pierdan muchos de los pequeños huertos tradicionales que cuidaban las mujeres y proveían de alimentación a las familias. Así, se da la paradoja de que muchos pueblos, aun siendo productores de alimentos, son cada más dependientes de la ciudad y de la gran distribución para su alimentación, bien por ser los centros comerciales espacios más accesibles en la periferia de las ciudades o bien por contar con “cómodos” servicios a domicilio para hacer llegar los productos a los pueblos.

FEMINISMO E INTERSECCIONALIDAD, CLAVES EN EL CAMINO AGROECOLÓGICO.

Hemos expuesto aquí, sin duda, un panorama nada positivo. La realidad de las mujeres en el sistema alimentario, tanto en su papel de productoras como en su rol desigual de cuidadoras, es un reflejo de un sistema en el que la perpetuidad de la dominación patriarcal es clave para su propia supervivencia. Por ello, las alternativas que se puedan desarrollar deben abordar este aspecto como algo prioritario, no como un mero accesorio. En demasiados casos, utilizar el término transversalidad sin darle un contenido real se convierte en una herramienta para mejorar textos, pero no para abordar de forma integral las causas de las desigualdades.

En los últimos años se ha dado un desarrollo importante de proyectos agroecológicos y, cada vez más, la pregunta sobre cómo abordar los cuidados y romper con estas desigualdades está más presente. Sin duda, el buen desarrollo de todos ellos depende también de cambios estructurales y políticas públicas que promuevan otros modelos, no solamente para la alimentación sino que transformen la sociedad en su conjunto. De nada sirve invertir recursos en campañas de sensibilización y promover hábitos saludables, si no se incide en la división sexual del trabajo y en el modelo social que se traduce en triples jornadas para las mujeres y una invisibilización de su trabajo.

Los problemas de alimentación y la salud física y mental de las mujeres vienen altamente determinados por la construcción patriarcal que las sitúa como un mero objeto o como habitantes de segunda. Esta construcción es la que lleva a ritmos de vida imposible, actividades reproductivas y mujeres productoras invisibles y a que las mujeres se sitúen en el último eslabón en el sistema alimentario, por detrás de todos los que las rodean. Por ello, el trabajo desde la agroecología debe incorporar la perspectiva feminista como una de las claves en posibles transiciones. El reconocimiento de todos los trabajos que sostienen la cadena alimentaria, dando visibilidad e importancia a la economía del cuidado, es uno de los puntos fundamentales en estos procesos. En este sentido, la ausencia de datos y estudios específicos que desglosen, especifiquen y analicen de forma integral e interseccional las desigualdades son una dificultad muy relevante a la hora de poder trabajar hacia la mejora de la situación.

En definitiva, podemos decir que al igual que le sucede al resto de la población, la capacidad de elección en cuanto a nuestra alimentación, y por extensión en cómo cuidarnos, es bastante relativa, en la medida en la que hay múltiples condicionantes que la determinan. Pero en el caso de las mujeres, su propio sexo es un factor que las sitúa en clara desigualdad. El título de un apartado del informe “Viaje a la alimentación que nos enferma” [9] afirma “Dime cuánto ganas y te diré cuándo morirás (réstate unos años si eres mujer)”. Sin duda en el trabajo desde la agroecología debe ser objetivo prioritario para que esta afirmación deje de ser una realidad.



POLÍTICAS PÚBLICAS LOCALES PARA LA SALUD Y EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

JORGE MOLERO CORTÉS

SECRETARÍA TÉCNICA DE LA RED DE CIUDADES POR LA AGROECOLOGÍA Y FUNDACIÓN ENTRETANTOS

✉ jorge@ciudadesagroecologicas.eu

En 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) [162] en su artículo 24 ya relacionaba nivel de vida, bienestar, salud y alimentación³. Con su entrada en vigor en 1976, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [164] en su artículo 11 reconoce el derecho de todas las personas a un nivel de vida adecuado, incidiendo especialmente en la alimentación y el hambre, enfatizando en la necesidad de mejorar la producción, la conservación y distribución, la divulgación de principios de nutrición, la reforma de regímenes agrarios y asegurar una distribución equitativa de alimentos.

De esta forma, mediante la firma de dicho pacto, los Estados Partes adquieren la obligación jurídica de adoptar medidas para lograr el derecho a una alimentación adecuada y la ONU en 1999, incide en que los medios más adecuados para aplicar dicho derecho será a partir de una estrategia nacional [165]. Siguiendo con dicho proceso, en 2004, la FAO desarrolló una serie de Directrices Voluntarias de Apoyo de la Realización Progresiva del Derecho a una Alimentación Adecuada en el contexto de la Seguridad Alimentaria nacional [166]. A pesar de que algunos críticos sugieren la naturaleza voluntaria de las Directrices anteriores, éstas fueron aprobadas por consenso por los Estados miembros de la FAO (entre los cuales se encuentra el Estado español) y por lo tanto, dichos estados no pueden sostener que no conocen las Directrices ni negarse a acatarlas [7].

De forma categórica, en 2017, la ONU ratificó “el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos, suficientes y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación adecuada y con el derecho fundamental de todas las personas a no pasar hambre, a fin de poder desarrollar y mantener plenamente su capacidad física y mental”[168] insistiendo de esta forma, 69 años después de la DUDH en la importancia de la alimentación para la salud.

Así, a pesar de existir numerosa jurisprudencia y acuerdos que vinculan la alimentación, la nutrición, la salud y el derecho a la alimentación, los diferentes Organismos supraestatales, Estados, Regiones y Municipios no protegen eficazmente a las ciudadanas y ciudadanos ante la malnutrición, la destrucción de la naturaleza y el deterioro de las condiciones de vida de los seres humanos que el sistema agroalimentario actual ocasiona [3], [7]-[9], [12]-[15], [20], [28], [34], [169]. En resumen, y como dice la OMS, una buena dieta y un suministro de comida adecuado constituyen dos de los factores más determinantes en la promoción de la salud y el bienestar; e indica, textualmente que “dado que las fuerzas del mercado global controlan el suministro de alimentos, la alimentación saludable es una cuestión política” [21].

Además de todo lo anterior, algunos organismos, como Global Panel, indican que una dieta saludable es clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) marcados en 2015 por las Naciones Unidas y que una mejora en el sistema agroalimentario y la alimentación de las personas tendría impacto sobre 15 de los 17 ODS [170].

Es imperativo, pues, que desde los gobiernos locales se desarrollen políticas locales alimentarias y de salud pública que permitan, a través de una alimentación saludable y sostenible, alcanzar una calidad de vida adecuado para todas las personas y entornos comunitarios.

3 Es necesario recordar que la Constitución Española, en su artículo 10, apartado 2, indica que “Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las materias ratificados por España”. El derecho a la salud también aparece en otras constituciones a nivel internacional. En el año 2011, a nivel mundial, 24 estados hacían referencia a la protección del derecho a la alimentación en sus constituciones. [45], [163]

POLÍTICAS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA ALIMENTACIÓN

Como ya se ha comentado a lo largo de todo el documento, existe una relación directa entre salud y alimentación. De hecho, en 2016, seis de los nueve principales factores de riesgo causantes de enfermedades en el mundo estaban relacionados con la dieta [170].

En el plano internacional, en 2011, la OMS se reunía para examinar la prevención y el control de enfermedades no transmisibles [22] donde se estableció la estrategia «cuatro por cuatro»: priorizar el abordaje de los cuatro principales factores de riesgo comunes (tabaquismo, abuso del alcohol, inactividad física y dieta desequilibrada) en las cuatro principales enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica) [171]. Dentro del marco Europeo, la misma institución, a partir de la declaración de Viena reconoce la necesidad del acceso a una dieta saludable y accesible para todas las personas [172] hasta llegar al plan de Acción Europeo sobre alimentación y nutrición 2015-2020 para “lograr acceso universal a una alimentación asequible, equilibrada y saludable, con equidad e igualdad de género” [173].

Dentro del Tratado de funcionamiento de la Unión Europea [174], en su art. 168 sobre salud pública, se establece que “Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”. La Dirección General de la Salud de la Comisión Europea reconoce que la prevención es la clave para evitar la enfermedad y mantener un nivel alto de bienestar mental y físico y lograr uno de las metas de desarrollo sostenible para para 2030⁴, reducir en 1/3 la mortalidad prematura de enfermedades no transmisibles. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de los presupuestos sanitarios, la atención política y el compromiso de los responsables políticos están dedicados a la prevención existiendo un desfase entre las intenciones y el presupuesto. A nivel europeo, las enfermedades no transmisibles suponen hasta el 80% del coste de los sistemas de salud y tan sólo un 3% del presupuesto se destina a la prevención [176].

Aunque, la UE indica que compete a cada país, y no a ella, adoptar medidas de salud pública para abordar estos problemas, algunas iniciativas están coordinadas a escala de la UE, por ejemplo a través de la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud y el Grupo de Alto Nivel sobre Alimentación y Actividad Física. Ambos reúnen a representantes de toda Europa y cuyo objeto es abordar los problemas de salud relacionados con la dieta, como la diabetes o la obesidad [177]. En esa línea, el aumento preocupante de la obesidad infantil en Europa durante la última década ha hecho, que en la estrategia anteriormente marcada por la OMS y en colaboración con ella, la UE también haya puesto en marcha un plan de acción contra la obesidad infantil 2014-2020 [178].

A nivel estatal, la Constitución (CE), en su art. 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y da potestad a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud a partir de medidas preventivas y prestaciones y servicios, fomentando la educación sanitaria, la educación física y el deporte [179]. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, hizo efectivo el derecho a la protección de la salud y se estableció como un principio general que el sistema sanitario se orientara hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud [180].

En 2005 se lanzó la estrategia NAOS, para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad con el objetivo de “Fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas” [181]. Para ello desde la Estrategia NAOS se fomentó la implicación, sinergia y colaboración de todos los sectores y agentes de la sociedad tanto públicos (CCAA; ayuntamientos; otros ministerios) como privados [182]. La actual ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) reconoce que “no es el dispositivo asistencial el principal condicionante de nuestro nivel de salud, la salud se gana y se pierde en otros terrenos:[...]. El entorno familiar, la educación, los bienes materiales, las desigualdades sociales y económicas, el acceso al trabajo y su calidad, el diseño y los servicios de las ciudades y barrios, la calidad del aire que se respira, del agua que se bebe, de los alimentos que se comen, los animales con los que convivimos, el ejercicio físico que se realiza, el entorno social y medioambiental de las personas, todo ello determina la salud” y determina que entre las prestaciones de la salud pública esté la protección y promoción de la sanidad ambiental y la seguridad alimentaria [183]. Por otro lado, la Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición, instauro el concepto de seguridad alimentaria e indica que hasta ese momento no se había tenido tal conocimiento de la relación existente entre alimentación y salud y que la ciudadanía demandaba la intervención de la administración. También indica que es necesario revisar la estra-

4 Aunque en la Declaración de Shangai [175] sobre sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, no se habla expresamente de alimentación.

tegia NAOS y que en el ámbito escolar sean expertos en nutrición y dietética los responsables de los menús. En éste ámbito, se pretende reforzar el papel educador y sensibilizador de los centros educativos en la prevención y precaución [184].

A nivel de comunidad, los planes de salud de las CCAA son instrumentos estratégicos para la planificación y dirección de sus sistemas de salud. En general, los planes de salud de las CCAA incluyen objetivos relacionados con la alimentación saludable y la actividad física, aunque algunos de los documentos estratégicos no contemplan dicho ámbito de actuación. En un análisis realizado en 2014 sobre la adecuación de los objetivos de diversos planes de salud con la estrategia NAOS, en tan sólo una CCAA⁵ se da cumplimiento a los 6 objetivos de dicha estrategia [185]. En una nueva revisión de la estrategia NAOS en 2015, se considera que los esfuerzos no son suficientes y que es necesario impulsar políticas públicas con enfoque poblacional, sostenibles, disminuyendo la inequidad y con apoyo de toda la sociedad [186].

En 2014, se crea la Estrategia para la Promoción de la Salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS), con participación de todas las CC.AA a partir del Consejo Inteterritorial del SNS. Dicha estrategia propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad, dentro la la Estrategia para Abordaje de la Cronicidad [187]. El interés de dicha Estrategia radica en que responde a los problemas de salud más relevantes de la población y ofrece a todos los municipios la posibilidad de avanzar aprovechando la experiencia acumulada, ya que está basada en la experiencia de años en el movimiento de ciudades saludables [188].

El movimiento de ciudades saludables es una iniciativa de la OMS que se inicia en 1987 con la creación de una Red Europea de Ciudades Saludables y el fomento de redes nacionales de ciudades saludables, donde la española fue la primera en constituirse, en 1988. La Red Española de Ciudades Saludables⁶ (RECS) en la actualidad la constituyen 146 entidades locales (145 Ayuntamientos y una Diputación), que representa aproximadamente a 19 millones de habitantes [189]. Si analizamos las buenas prácticas sobre experiencias desarrolladas por los gobiernos locales para contar con ciudades más saludables (164, en 2012) [190] nos encontramos con 25 que tratan de forma directa (un 15%) o bien indirectamente 11 (un 16%) la alimentación saludable. Las que tratan de forma directa el tema, están orientadas fundamentalmente a escolares y sus familias, adolescentes y jóvenes sobre los hábitos alimentarios. En otras líneas de acción, como por ejemplo la Protección y Promoción de la Salud, la Prevención de Enfermedades, la Educación y Salud y los Planes Municipales de Salud y Salud Pública donde la mayoría de los destinatarios son el público en general, introduciendo dichos conceptos dentro de una visión más global.

POLÍTICAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

La literatura académica aún no aborda con profundidad la conexión entre salud pública y soberanía alimentaria en el campo de las políticas públicas alimentarias que deberían ir de la mano de las estrategias de promoción de la salud y del desarrollo social. Existe aún distancia entre las políticas alimentarias y las de salud pública, siendo las primeras esenciales para las segundas [43]. Por su parte, la política agraria, parece haber quedado reducida en la última década a normas que simplemente establecen requisitos y condiciones para el cobro de ayudas, y condiciones técnicas de la producción. Prácticamente todos los posicionamientos, incluyendo el sector más liberal, aceptan que la agricultura es un sector económico especial, y que, debido a las leyes económicas que lo rigen y a su vulnerabilidad, necesita ser regulado. Por ello la política ha estado apoyada desde antiguo en la necesidad de hacer política económica [192].

En el contexto internacional, las Directrices Voluntarias para el Derecho a una Alimentación (ya citadas), por un lado, establecen una serie de directrices para que los alimentos sean inocuos, el fomento de buenas prácticas en la producción-transformación-manipulación, la no presencia de residuos nocivos en los alimentos que tampoco causen daño al medio ambiente y de protección del consumidor frente a la publicidad engañosa. Por otro, en cuestiones de nutrición, se instauran la necesidad de adaptar/fortalecer la diversidad de la alimentación y adoptar hábitos sanos de consumo y de preparación de alimentos asegurándose de un adecuado acceso y disponibilidad a ellos [118].

5 Asturias 5 , Extremadura 4 , País Vasco – Euskadi 5 , Castilla y León 5 , Navarra 4 , Madrid 5 , Catalunya 4 Castilla-La Mancha 5 , C.Valenciana 5 , La Rioja 6 , Canarias 3 , Andalucía 1 , lles Balears 0.

6 Hay numerosas ciudades que pertenecen a la Red de Ciudades por la Agroecología (RCxAe) y a su vez a la RECS.

La segunda Conferencia Internacional de Nutrición de 2014, conocida como CIN2 o Declaración de Roma sobre la Nutrición de la FAO y la OMS, marcan un hito importante en las políticas alimentarias con enfoque de la salud, indicando que “cada vez hay más problemas para que los actuales sistemas alimentarios puedan proporcionar alimentos suficientes, inocuos, diversos y ricos en nutrientes para [...] una dieta saludable”, incidiendo también en las Políticas de Salud :“los sistemas sanitarios nacionales deberían integrar la nutrición [...] con un enfoque basado en la atención continua que incluya la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, [...] atendiendo a las necesidades y vulnerabilidades específicas relacionadas con la nutrición de diferentes grupos de población”.

Para ello se comprometen, a través del Marco de Acción, a promover sistemas alimentarios sostenibles mediante la formulación de políticas públicas coherentes desde la producción hasta el consumo. Esto con el objetivo de proporcionar acceso a alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales de las personas y promover una alimentación saludable, diversificada e inocua; aumentar la importancia de la nutrición en las estrategias, las políticas, los planes de acción y los programas nacionales y elaborar políticas, programas e iniciativas para garantizar una dieta sana durante toda la vida [193]. Como colofón, en 2016, se aprueba el Decenio de la ONU de Acción sobre la Nutrición (2016-2025) refrendando el CIN2 y su Marco de Acción [194].

A nivel Europeo, el Reglamento (CE) N° 178/2002, de Seguridad Alimentaria, sienta la bases para aplicar éste concepto en la UE e indica que la circulación de alimentos seguros⁷ y saludables contribuye a la salud y el bienestar de los ciudadanos y que en las políticas comunitarias debe asegurarse un nivel elevado de protección de la vida y la salud de las personas. También afirma que la legislación debe proteger los intereses de los consumidores y ofrecerles una base para elegir con conocimiento de causa los alimentos que consumen [195]. El Reglamento (CE) N° 1924/2006 relativo a las declaraciones nutricionales y de propiedades saludables en los alimentos, profundiza en la protección de los consumidores, mejorando el conocimiento sobre los alimentos y actuando ante percepciones que podrían inducir a error a los consumidores al intentar tomar decisiones sanas en el contexto de una dieta equilibrada o ante declaraciones engañosas [42]. El Reglamento (UE) N.º 1169/2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor, modifica el anterior, pero siguiendo la línea de mejorar el conocimiento para lograr un nivel de protección elevado de la salud y los intereses de los consumidores, proporcionando una base para que el consumidor final tome decisiones con conocimiento de causa y utilice los alimentos de forma segura, teniendo especialmente en cuenta consideraciones sanitarias, económicas, medioambientales, sociales y éticas [197].

Desde el Comité Europeo de las Regiones en 2017 se pedía, mediante el Dictamen de 22 y 23 de Marzo, una verdadera política alimentaria sostenible en la UE, con un enfoque de gobernanza multi-nivel. Esta política debería promover unas pautas de producción y consumo más sostenibles, estableciendo un vínculo entre los diferentes ámbitos de las políticas, entre otras, la producción alimentaria, agricultura, medio ambiente, salud, política de los consumidores, empleo y desarrollo rural, y fomentando el crecimiento y el empleo en las regiones y ciudades de Europa y un ecosistema sano que apoye la productividad y la resiliencia agrícola y un acceso a una alimentación saludable, en especial de las familias con bajos ingresos [198]. IPES Food, a través de un documento Marco para el EU Food and Farming Forum de Mayo de 2018, solicitaba un cambio de rumbo hacia una “Política Alimentaria Común” y realizaba una serie de propuestas para reformar y reintegrar las políticas bajo dicho paraguas, entre las cuales se encuentra el acceso a dietas sostenibles y saludables para todas las personas (fundamentalmente a través de la compra pública, el trabajo en la escuela y con niños/as, el fomento de frutas y verduras vía promoción y ayudas de la Política Agraria Común -PAC-) y la transición hacia suministros alimentarios libres de químicos [199].

La propuesta de la Comisión Europea para la PAC 2021-2027, publicada en 2018, defiende que deberá haber una transición hacia un sector agrícola plenamente sostenible y el desarrollo de unas zonas rurales dinámicas que proporcionen alimentos seguros y de calidad elevada a más de 500 millones de consumidores. Esta nueva propuesta refleja un mayor nivel de ambición en materia de medio ambiente y clima y trata de responder a las expectativas de los ciudadanos en los ámbitos de la salud, el medio ambiente y el clima. Reconoce que los hábitos de consumo influyen en la salud pública y que las políticas agrícolas están vinculadas a las políticas de sanidad debido a su relación con la alimentación y, en ocasiones, también con la manera en que se producen los alimentos. Las propuestas refuerzan los vínculos con la política sanitaria, respondiendo a las nuevas exigencias sa-

7 Según dicho reglamento, un alimento es seguro cuando no es nocivo para la salud y es apto para el consumo humano. Para determinar cuando un alimento es nocivo se tendrán en cuenta: a) los probables efectos inmediatos y a corto y largo plazo de ese alimento, no sólo para la salud de la persona que lo consume, sino también para la de sus descendientes; b) los posibles efectos tóxicos acumulativos

lud, en particular en lo concerniente a una producción agrícola sostenible y una nutrición más sana, así como en lo relativo al despilfarro de alimentos, el bienestar de los animales y la disminución del uso de agentes antimicrobianos.

A nivel estatal, las principales leyes se han dedicado a fortalecer las estructuras agrarias para mejorar las condiciones de desarrollo y supervivencia de un sector estratégico por la producción de alimentos y también sus implicaciones medioambientales. A nivel de CCAA las principales innovaciones legislativas han sido la protección del suelo agrario, los bancos de tierras, e integración en el desarrollo rural y aquellas que influyen más en la salud, sobre circuitos cortos de comercialización y regularización de la cadena alimentaria (Andalucía, Illes Balears) [192].

A nivel local, a partir del análisis realizado en 2017 por la Red de Investigación y Apoyo Municipalista sobre 9 ciudades, se indica que se aprecia una ausencia notable en el aspecto de la salud y la nutrición tanto en las iniciativas como en las políticas públicas, realizándose actividades de sensibilización en productos locales que se asocian a mayor salud pero las áreas de salud de los ayuntamientos, salvo excepciones, no están implicadas en el desarrollo de las estrategias alimentarias [200]. En el análisis realizado el presente año por la RCxAe sobre Políticas Alimentarias Urbanas para la Sostenibilidad sobre 11 ciudades, en el apartado sobre las actuaciones relacionadas con la equidad y acceso a la alimentación (acceso de la población en general a alimentos sanos, justos, sostenibles) coincide con la referencia anterior en este ámbito de acción, concluyendo que hay una menor frecuencia de programas en las ciudades y también en el que se da una menor diversidad de actuaciones. A diferencia de lo acontecido a nivel internacional, donde se pone el foco en los grupos más desfavorecidos y peor alimentados, la compra pública sostenible (especialmente escuelas infantiles y centros educativos municipales) se ha presentado con un gran potencial de cara a estructurar las redes locales de producción y distribución (6 ciudades), mientras que sólo tres -Madrid, Fuenlabrada y Barcelona- han manifestado estar trabajando en sistemas específicos para garantizar el acceso de familias de bajos ingresos a alimentos frescos, locales y/o ecológicos. Otras medidas planteadas son los huertos sociales como equipamiento asistencial de carácter socio-sanitario para grupos sociales en riesgo de exclusión (5 ciudades) o el apoyo de distintas formas a empresas de inserción socio-laboral relacionadas con las producciones agrícolas locales (4 municipios), pero en ninguna se han detallado menciones específicas al enfoque de género en relación con las políticas alimentarias locales [46].

PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS ALIMENTARIAS LOCALES PARA LA SALUD Y EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

Hasta el momento hemos presentado las posiciones y algunas de las acciones llevadas a cabo desde el ámbito internacional hasta el local con respecto a la salud y el derecho a una alimentación sostenible y saludable. Queda, por lo tanto, fuera de toda duda el apoyo de las instituciones a dichas reivindicaciones y sin embargo, como se ha podido constatar a lo largo del informe, la situación de malnutrición en nuestro entorno es cada vez mayor. Sin entrar aquí a analizar el inmovilismo y el dejar hacer de ciertas instituciones a pesar del discurso, podemos decir que la legitimación para actuar desde lo local es absoluta.

Así, para el desarrollo de políticas públicas locales que tengan como objetivo que todas las personas adquieran un alto nivel de salud, es necesario tener en cuenta varias premisas. La primera es que, como ya hemos comentado a lo largo del informe, la alimentación es junto al ejercicio físico, uno de los factores que más condicionan el bienestar de las personas, siendo la salud una condición multifactorial que para ser potenciada desde las entidades locales requiere de un esfuerzo en distintos ámbitos además del agroalimentario, como en salud pública, transporte, medio-ambiente, educación, etc. Es, por lo tanto, imprescindible la coordinación entre las diferentes concejalías, departamentos, áreas, servicios, etc y lograr el establecimiento de planes transversales para ello. Sería muy importante aunar esfuerzos entre las actuaciones realizadas dentro del Red Españolas de Ciudades Saludable y la Red de Ciudades por la Agroecología, especialmente en aquellas ciudades que pertenecen a ambas redes.

La segunda, ya centrándonos en el aspecto alimentario y partiendo de la premisa anterior, es que el tipo de sistema agroalimentario que apoyemos va a estar directamente relacionado con el nivel de salud de las personas. De esta forma, las medidas a tomar tendrán que realizarse a lo largo de todo el sistema: desde la producción de los insumos agrícolas hasta el consumo final y la gestión de los residuos generados, tanto en los hogares como en los procesos de transformación. De forma simple

podemos decir que habrá algunas medidas que promueven de forma indirecta la salud (ej. acceso a la tierra, asesoramiento, facilitación de la venta) y otras que lo harán de una forma más directa (ej. huertos comunitarios, bancos de alimentos, restauración colectiva, etc).

La tercera, es que el hogar es el nexo de unión entre la producción de alimentos y su disponibilidad y los hábitos y las prácticas alimentarias llevado a cabo por las personas, como podemos ver en la figura 2 (elaborada a partir de [201]).

De esta forma podemos interconectar los sistemas agroalimentarios locales, con la salud y la nutrición a través de lo realizado en los hogares, incidiendo una vez más que uno de los resultados más importantes de ellos es el estado de salud de la población [201], [202].

Por ello, las políticas que incidan directamente sobre el comportamiento de dichos hogares y la disponibilidad local de alimentos tendrán un efecto directo sobre la seguridad alimentaria, la seguridad nutricional y el estado de salud de los miembros del domicilio. Pero también, si realizamos un proceso inverso y diseñamos nuestra alimentación para alcanzar la Seguridad Nutricional desde la visión de la alimentación sostenible (a partir de alimentos locales, ecológicos, de temporada, con el empleo de variedades locales, con poco procesado, etc) podemos establecer una nueva dimensión de Seguridad Alimentaria y Disponibilidad de Alimentos Locales.

De esta forma, una vez que hemos interconectado salud y sistemas alimentarios locales, podemos comenzar a trabajar en las propuestas públicas. El panel de expertos de alto nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición (HLPE), propone un marco conceptual [203] para la realización de acciones políticas e institucionales, programas y planes para conseguir unos resultados adecuados en la nutrición y la salud en torno a la alimentación, que con ciertas modificaciones presentamos en la figura 3.

Dicho marco sigue un esquema similar al funcionamiento del sistema agroalimentario: existe una cadena de suministro formada por los sistemas productivos, el almacenamiento y la distribución, el procesamiento y el empaquetado y la distribución (minoristas, mercados, restauración) que suministran alimentos creando un Ambiente o entorno alimentario, que es donde las distintas personas acceden a la comida. Dicho acceso está influido por la proximidad de los productos, su asequibilidad, la promoción, publicidad y la información y la calidad y seguridad. En éste entorno, las distintas personas consumidoras se comportan de distinta manera en torno a qué, dónde y a quienes compran y cómo preparan, cocinan y comen, que en última instancia da como resultado una dieta con unas consecuencias, por un lado para la salud de las personas y por otro sobre la sociedad, la economía y la naturaleza. El comportamiento de las personas también influye notablemente sobre las cadenas de suministro y los ambientes alimentarios, alterándolos y modificándolos. A su vez, el sistema agroalimentario que acabamos de definir está influido en cada una de sus diferentes etapas por una serie de factores (biofísicos-medioambientales, de innovación, tecnología e infraestructura; económicos y políticos; socio-culturales; demográficos).

Figura 2. Interconexión entre los sistemas agroalimentarios locales, nutrición y salud.

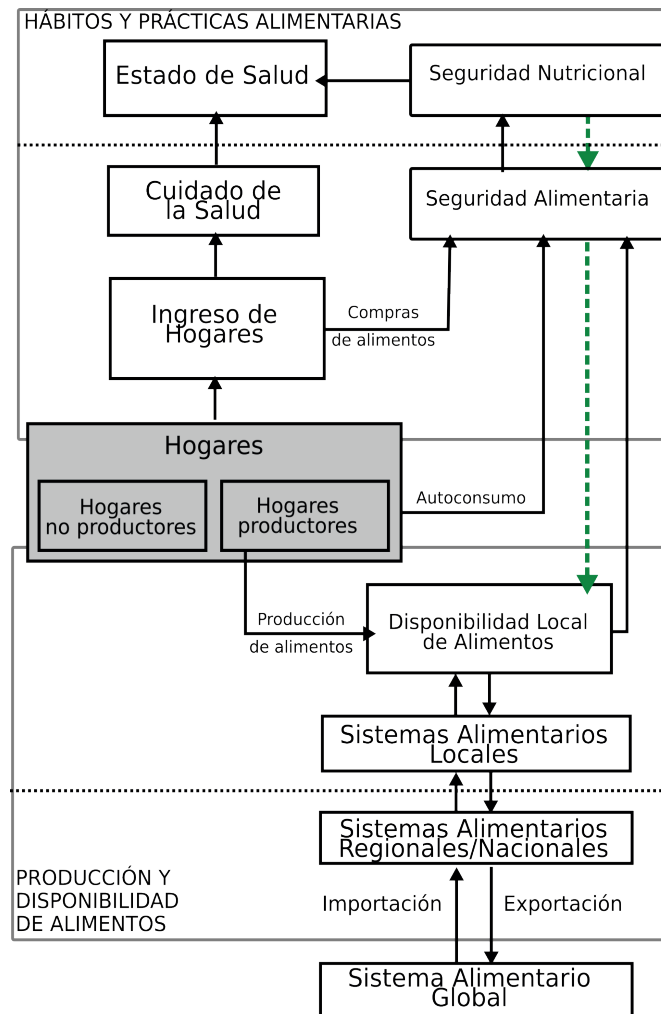
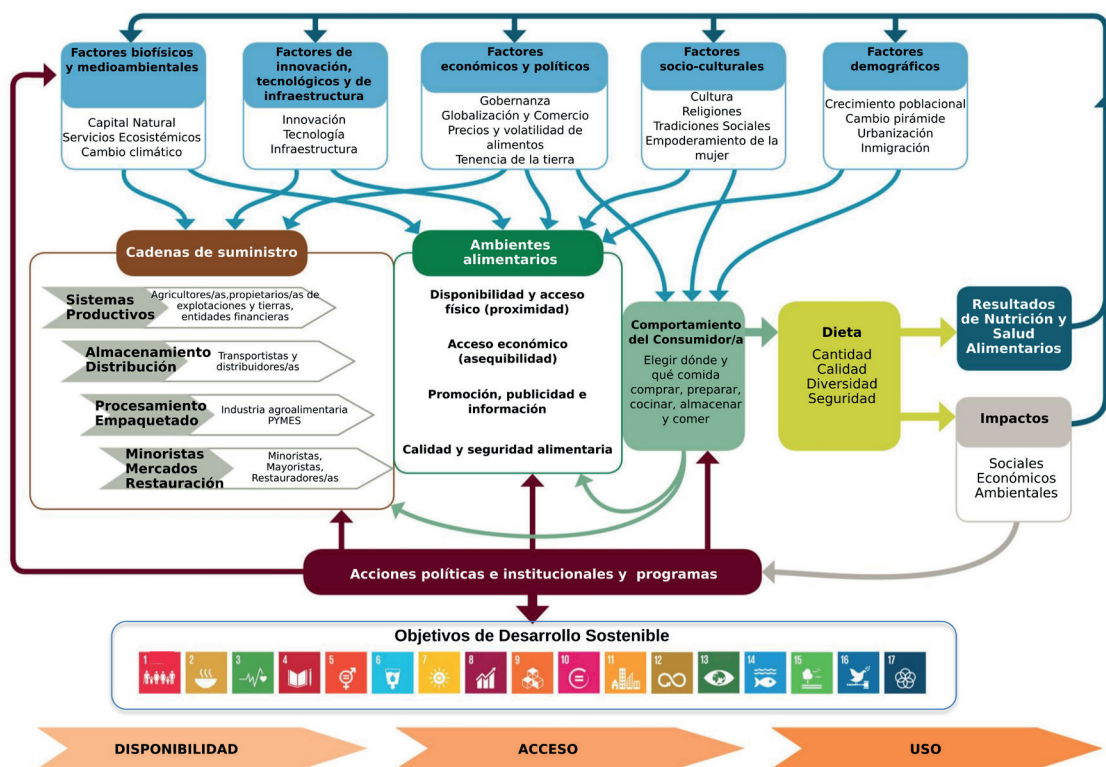


Figura 3. Marco conceptual de los sistemas agroalimentarios para políticas que influyen sobre las dietas, la nutrición y la salud.



Así, podríamos decir que desde lo público podemos actuar, con mayor o menor capacidad, en el funcionamiento de dicho sistema en varios niveles/etapas: el primero, sobre los factores; el segundo, dentro de las cadenas de suministro; el tercero, en los ambientes alimentarios; y el cuarto, en el comportamiento de las personas consumidoras. A su vez, dichas políticas se encuentran sumamente marcadas por los impactos sociales, económicos y ambientales del sistema. Por otro lado la transformación de los sistemas agroalimentarios, como ya hemos comentado anteriormente, tienen impactos sobre los ODS.

De esta forma, el marco nos ayuda a entender, clasificar y priorizar las acciones que podemos llevar a cabo para influir en toda la cadena, siendo muchas y variadas, y más “directas” o “indirectas” como ya dijimos anteriormente. Como la función primordial del presente documento es de síntesis y de interrelación, hemos creado una serie de tablas que, evocando el esquema anterior, resume las actuaciones que podemos llevar a cabo para intervenir sobre el sistema agroalimentario y los factores que influyen sobre él para lograr una alimentación sostenible y saludable para las personas y la naturaleza. Las propuestas surgen a partir de planes vigentes o propuestas de planes de municipios en el Estado español ([43], [204]–[208]), de las tareas realizadas actualmente y sintetizadas en el Anexo I de las entidades estatales, de acciones y o planes internacionales analizados en el Anexo II ([209]–[221]) Pacto de Milán [222] y diversas referencias bibliográficas [202], [223], [224].

La descripción detallada de cada una de las acciones se escapa fuera de los objetivos del presente documento. Por otro lado, las diferentes instituciones, movimientos sociales y colectivos e iniciativas privadas que trabajan sobre ello están desarrollando muchas de las intervenciones que aquí se presentan, por lo que creemos que partimos de un lenguaje común y que no hacen falta más aclaraciones. En todo caso, las sugerencias para mejorar su comprensión serán bienvenidas.

En la tabla 5 presentamos la traducción de la figura 3 a un cuadro general, donde vemos las posibles acciones que podemos realizar sobre los factores que influyen en las grandes áreas de disponibilidad y acceso a los alimentos y cómo estos también interactúan con las diferentes etapas: cadena de suministros, ambiente alimentario y comportamiento de la persona consumidora.

Tabla 5: Acciones sobre los factores que influyen en la disponibilidad y el acceso y las etapas del sistema agroalimentario.

Disponibilidad	Acceso	
Biofísicos y medioambientales	Socio-culturales	
Legislación medioambiental local sobre prácticas productivas, industrias, etc; protección de la calidad de agua; regeneración de espacios degradados; instalación de infraestructura ecológica (setos, corredores, etc.)	Equidad de género y perspectiva feminista; fomento de la cultura de la sostenibilidad/ decrecimiento y el consumo responsable	
Innovación, tecnológicos y de infraestructura.	Demográficos	
Investigación "local" (técnicas y manejo, variedades mejora y adaptación sistemas de regadío, etc.)	Planificación familiar, ayudas a personas jóvenes/familias. Integración de la inmigración	
Económicos y políticos		
Buena gobernanza. Sensibilización y formación de personal municipal, formación a escuelas y centros de trabajo. Coordinación de departamentos/concejalías (Medio-Ambiente, Salud, Servicios Sociales, Movilidad, etc)		
Cadena de suministros	Ambiente alimentario	Comportamiento de la persona consumidora
Sistemas productivos	Disponibilidad y acceso físico	Dónde, a quién
Almacenaje Distribución	Acceso económico	Qué
Procesado Transformación	Promoción publicidad info	Preparar Cocinar Almacenar
Venta minorista Mercados Restauración	Calidad y seguridad alimentaria	Comer

En las Tablas 6, 7 y 8 mostramos una lista de posibles acciones, no detalladas, para lograr incidir en la cadena de suministros, en el ambiente alimentario y en el comportamiento de la persona consumidora.

Tabla 6. Acciones sobre la cadena de suministros.

Cadena de suministros	
Sistemas productivos	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la Tierra: Bancos de tierras, arrendamientos y consorcios, recuperación espacios abandonados y/o degradados. • Inputs: Fabricación local de abono y compost (reciclaje de la materia orgánica urbana/periurbana), creación de Viveros-Semilleros, elaboración de fitosanitarios ecológicos, creación de un parque de maquinaria pública compartida. • Formación/Información. Apoyo técnico. Incorporación a la actividad agraria. Emprendimiento agroecológico. Proyectos piloto o demostrativos. • Adaptación o búsqueda de software de gestión adaptado a CCC. • Simplificación de la legislación, fomento de la interpretación menos restrictiva de las normativas (ej.Sanitaria), SPGs. • Financiación: directa, incentivos económicos, ayuda en búsqueda de crowdfunding. • Reducción o eliminación de impuestos y tasas municipales. • Uso compartido/reabrir mataderos municipales y otras infraestructuras públicas infrautilizadas (naves, etc.).

Cadena de suministros	
Almacenaje Distribución	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a plataformas logísticas municipales. • Creación de centros de manipulación, almacenamiento y distribución compartida. • Adaptación o búsqueda de software para logística compartida.
Procesado Transformación	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de Obradores/industrias municipales-colectivas. • Formación/Información. Apoyo técnico. Incorporación. Emprendimiento agroecológico. Proyectos piloto o demostrativos. • Adaptación o búsqueda de software de gestión adaptado a CCC. • Simplificación legislación, Interpretación Normativas (ej.Higiénico Sanitaria).
Venta minorista Mercados Restauración	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de Ecomercados. Tiendas colectivas. Espacios en mercados municipales y locales públicos infrutilizados. • Financiación (directa, incentivos, crowdfunding), Impuestos y tasas). • Formación/Información. Apoyo técnico. Incorporación. Emprendimiento. Proyectos piloto o demostrativos. Software gestión. • Compra pública y contratos catering.

Tabla 7. Acciones sobre el ambiente alimentario.

Ambiente alimentario	
Disponibilidad y acceso físico	<ul style="list-style-type: none"> • Ecomercados, Fomento de los minoristas y de Tiendas de Economía Social, "Mercados sobre ruedas o móviles". Espacios en mercados municipales y locales públicos infrutilizados. • Productos locales y eco en mercados de abastos. Cooperación con Mayoristas. ¿Gran distribución? • Comedores y compra pública, Catering, Comida a domicilio. • Reaprovechamiento de los excedentes. • Colaboración con bancos de alimentos • Huertos escolares y sociales; Jardines públicos comestibles • Participación con ONGs y Movs. Sociales
Acceso económico	<ul style="list-style-type: none"> • Precio (establecimiento precios asequibles en minoristas para recibir ayudas, apoyos; incentivos económicos), Bonos alimentarios saludables • Comedores y compra pública, Catering, Comida a domicilio, - Reaprovechamiento excedentes. Desperdicio alimentario: 'Tuppers' para comedores públicos, reaprovechamiento excedentes, bancos de alimentos. • Huertos escolares y sociales; Jardines públicos comestibles • Diagnóstico de la situación (especialmente en grupos vulnerables),
Promoción publicidad info	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas participativas. Trabajo con ONGs y Movs. Sociales • Medios de difusión pública (webs, RRSS, radios, televisiones), Convenios con medios locales/regionales.
Calidad y seguridad alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificación legislación, Interpretación Normativas (ej.Higiénico Sanitaria) • Certificación, Sellos y Etiquetado (local, ecológico, sostenible): Producción y transformación (SPGs); Comedores Públicos y Restauración; Ecomercados, Minoristas, Tiendas Ec.Social

Tabla 8. Acciones sobre el comportamiento de la persona consumidora.

Comportamiento de la persona consumidora	
Dónde, a quién	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de confianza: Espacios de intercambio producción-consumo. Jornadas, Fiestas y eventos, encuentros en torno a la alimentación saludable y sostenible; Visitas a productores/mercados • Promoción, Publicidad e Información en mobiliario público. • Mapas y guías alimentarias y de productores/elaboradores, minoristas, restauración • Centros formativos sobre alimentación y gastronomía. • Certificación, Sellos y Etiquetado (local, ecológico, sostenible): Producción y transformación (SPGs); Comedores Públicos y Restauración; Ecomercados, Minoristas, Tiendas Ec.Social
Qué	<ul style="list-style-type: none"> • Formación, Educación y Promoción de la salud y dietas saludables (individual y colectividades, organismos públicos) • Dificultar acceso a productos poco saludables (impuestos, control de la publicidad, eliminar las ayudas a las empresas productoras) • Centros formativos sobre alimentación y gastronomía. • Fiestas y eventos. • Integración de productos de otras regiones (inmigración) • Certificación, Sellos y Etiquetado (local, ecológico, sostenible): Producción y transformación (SPGs); Comedores Públicos y Restauración; Ecomercados, Minoristas, Tiendas Ec.Social.
Preparar Cocinar Almacenar	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de cocina adaptados . • Formación en nutrición y planificación de menús semanales, optimización compras, uso de variedades locales y productos de temporada. • Fiestas y eventos. Intercambios gastronómicos culturales. • Recuperación de cultura gastronómica tradicional y generación de alternativas actuales. • Centros formativos sobre alimentación y gastronomía • Participación de personas en la elaboración y cocinado del menú de comedores públicos (ej. escolares). • Identificación de buenas prácticas alimentarias. • Trabajo con prescriptores (chefs, personajes públicos,...)
Comer	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificación legislación, Interpretación Normativas (ej.Higiénico Sanitaria) • Certificación, Sellos y Etiquetado (local, ecológico, sostenible): Producción y transformación (SPGs); Comedores Públicos y Restauración; Ecomercados, Minoristas, Tiendas Ec.Social

Queda por último decir que es un esquema de partida, vivo, que estamos seguros de que se enriquecerá a través del trabajo realizado por las ciudades integrantes de la Red y todos aquellos colectivos y personas que están luchando por la soberanía alimentaria y el bienestar de las personas que habitan en los diferentes territorios del Estado.

ANEXO I: ANÁLISIS DE ACCIONES IMPULSADAS POR GOBIERNOS MUNICIPALES DE LA RED DE CIUDADES

Nombre		<i>Nombre original y nombre traducido, enlace a la iniciativa</i>
Fecha de inicio, fin o tiempo		<i>Fecha inicio - Fecha Fin</i>
Lugar		<i>Ciudad, País</i>
Justificación y origen de la iniciativa		<i>Por qué se ha originado la iniciativa, las justificaciones que ofrecen las distintas municipalidades</i>
Espacios de realización		<i>Lugares donde se realizan las actuaciones</i>
Personas destinatarias	Directas	<i>Los destinatarios originarios del proyecto</i>
	Indirectas	<i>Otros destinatarios</i>
Agentes implicados	Promueve	<i>Quién es promueve la iniciativa</i>
	Desarrolla	<i>Quien es son las que desarrollan el proyecto</i>
	Ejecuta	<i>Quién es ejecuta el proyecto y está en contacto directo con las personas destinatarias</i>
Objetivos	General	<i>El objetivo general del proyecto</i>
	Específicos	<i>Objetivos específicos, enumerados</i>
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	<i>Breve descripción en unas 3 líneas</i>
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	<i>Cada línea de trabajo tiene un número, mientras que las acciones realizadas en cada línea se numeran a partir de ella y en caso de necesidad de un identificador de la acción (ej . 1. Línea 1; 1.1 Acción 1, 1.2 Acción 2, 1.3 Acción 3=</i>
	Extrapolables	<i>Qué líneas de trabajo o acciones anteriores pueden ser rescatables para otras ciudades (Ej 1. ó 2.2)</i>
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	<i>Principales logros/dificultades (si se citan) del proyecto, a partir de los Agentes Implicados</i>
	General	<i>Valoración general del proyecto por parte de los destinatarios</i>

Nombre		Huertos municipales del Xup y el Poal
Fecha de inicio, fin o tiempo		2000/2011
Lugar		Manresa
Justificación y origen de la iniciativa		En un inicio se construyeron para dar alternativa a existencia de huertos ilegales cerca de cauces fluviales.
Espacios de realización		Zona del Pare Ignasi Puig de Manresa y zona del Poal.
Personas destinatarias	Directas	Todo tipo de colectivos. Hay un porcentaje de los huertos dedicados a personas con pocos recursos, que lo utilizan como complemento para su alimentación. Se está estudiando la posibilidad de ofrecer los espacios de huertos, o otros solares municipales a entidades que quieran gestionarlos, como por ejemplo, la asociación de afectados por la hipoteca.
	Indirectas	Toda la comunidad.
Agentes implicados	Promueve	Concejalía de Medio Ambiente, de forma directa, con uno de sus técnicos.
	Desarrolla	Concejalía de Medio Ambiente, con un técnico.
Objetivos	General	Ofrecer un espacio alternativo a la ocupación ilegal del medio
	Específicos	1) Facilitar el complemento nutricional autogestionado a personas con pocos recursos. 2) Facilitar el desarrollo de proyectos vinculados con la alimentación sostenible a entidades sociales del municipio.
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Inicialmente, ofrecer un espacio alternativo a la ocupación ilegal del medio a través de concesión a personas individuales. Actualmente se valora la posibilidad de hacer convenios con entidades para generar un valor añadido y puedan presentarse proyectos específicos con fines sociales, medioambientales, de investigación agrícola, formación, etc.

Nombre		Hort Social del Lledoner
Fecha de inicio, fin o tiempo		2015
Lugar		Granollers
Justificación y origen de la iniciativa		A petición de Cáritas Diocesana, proyecto de huertos municipales para autoconsumo y venta de excedente
Espacios de realización		El Lledoner
Personas destinatarias	Directas	15 usuarios del banco de alimentos de Cáritas y de Servicios sociales del Ayuntamiento

Nombre		Hort Social del Lledoner
Agentes implicados	Promueve	Cáritas Diocesana
	Desarrolla	Cáritas, Tarpuna (Cooperativa de iniciativas sociales), Ayuntamiento
	Ejecuta	Tarpuna
Objetivos	General	Formar, ocupar y dotar de alimentos a familias en situación de vulnerabilidad
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Cada persona dispone de una parcela propia y participa también en una parte comunitaria. Los usuarios tienen que ir como mínimo un día a la semana para formarse y participar en labores colectivas. A partir de aquí, el acceso es libre.
	Extrapolables	Gestión autónoma, el Ayuntamiento sólo ayuda en tareas logísticas y en el seguimiento
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Mejora de la autoestima, provisión de alimentos, diversidad cultural, formación
	General	Valoración general del proyecto por parte de los destinatarios

Nombre		Proyecto de Apoyo Familiar (Tarjetas Pre-Cargadas)
Fecha de inicio, fin o tiempo	Proyecto de Apoyo Familiar (Tarjetas Pre-Cargadas)	
Lugar	2015	
Justificación y origen de la iniciativa	Granollers	
Espacios de realización	La crisis económica ha conducido a muchas familias y personas a una situación de vulnerabilidad en la cual necesitan una ayuda económica para acceder a una alimentación adecuada.	
Personas destinatarias	Directas	Comercios de proximidad, Locales públicos.
	Indirectas	Familias de Granollers en riesgo de exclusión social: ingresos ≤ IPREM (532,51 €/mes) más ingreso adicional de 125 € por hijo/a y/o persona a cargo sin recursos.
Agentes implicados	Promueve	Cruz Roja y Ayuntamiento
	Desarrolla	Equipo de atención social de la asamblea de la Cruz Roja con coordinación con los servicios sociales del ayuntamiento de Granollers.
	Ejecuta	Equipo de atención social de la Asamblea de Cruz Roja

Nombre		Proyecto de Apoyo Familiar (Tarjetas Pre-Cargadas)
Objetivos	General	Ofrecer una ayuda económica puntual y temporal a familias en riesgo de exclusión social para asegurar el acceso a la alimentación sana y saludable de toda la ciudadanía .
	Específicos	1) Garantizar la compra normalizada de productos alimenticios durante todo el año 2) Garantizar el acceso a la alimentación sana y de calidad, con alimentos frescos que provean de los nutrientes necesarios 3) Evitar la estigmatización de estas familias 4) Ofrecer un nuevo recurso complementario a las familias de Cruz Roja que sea complementario 5) Fomentar hábitos de alimentación saludable
Líneas de Trabajo y acciones	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Proporcionar tarjetas precargadas durante todo el año con una cantidad económica determinada
		2) Análisis e intervención sobre los hábitos alimentarios 2.1 Seguimiento y análisis nutricional mensual de las compras realizadas 2.2 Trabajar hábitos de alimentación saludable y prevención 2.3 Participación de los destinatarios y elaboración de plan personalizado
	3) Tareas de sensibilización y formación a través de la distribución de folletos con recomendaciones diversas (optimización de las compras, comer sano,etc) o con realización de talleres de economía doméstica y/o cocina.	
	Extrapolables	1), 2), 3)
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Seguimiento muy detallado de las familias/Compras de productos no recomendados/ Muchas no pueden prescindir del proyecto
	General	La valoración de personas destinatarias muy positiva.

Nombre		<u>Dinar en Companyia</u> (Almuerzo en compañía), en <u>Granollers</u>
Fecha de inicio, fin o tiempo		2015
Lugar		Granollers
Justificación y origen de la iniciativa		Prevención de situaciones de soledad y aislamiento social de aquellas personas mayores que viven solas, y que desean una alimentación equilibrada y saludable.
Espacios de realización		25 espacios sociales de la Fundación repartidos por todo el territorio catalán.. Lunes a Viernes de 13.30 a 14.30
Personas destinatarias	Directas	Prsonas mayores que viven solas o que empiezan a tener problemas para preparar sus comidas diarias y desean compartir este momento del día con otras personas en su misma situación.

Nombre		Dinar en Companyia (Almuerzo en compañía), en <u>Granollers</u>
Agentes implicados	Promueve	Fundación Catalunya la Pedrera.
	Desarrolla	Catering contratado, dinamizado y organizado por equipo de personas voluntarias
Objetivos	General	El objetivo de la fundación es poder desarrollar este proyecto en todos los espacios para poder llegar al mayor número de gente posible Cuidado alimentario y afectivo de las personas mayores que viven solas.
	Específicos	El objetivo es que las personas mayores se encuentren en los Espacios Sociales un punto de encuentro y de relación con otros participantes, fomentando las relaciones sociales y previniendo situaciones de soledad y aislamiento. También disfrutan de una comida saludable y equilibrada a un precio muy asequible, por debajo de los precios de mercado.
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Necesidad de centros más accesibles y espacios más amplios/ Dependencia de personas voluntarias y necesidad de ayuda institucional
	General	Muy buena aceptación tras 3 años con + de 120 personas.

Nombre		La sostenibilitat al Plat. Vídeo
Fecha de inicio, fin o tiempo		2016
Lugar		València
Espacios de realización		Escuelas
Personas destinatarias	Directas	La comunidad escolar en su conjunto.
Agentes implicados	Promueve	Ayuntamiento y Consellería d'Educació
	Desarrolla	CERAI
	Ejecuta	CERAI
Objetivos	General	Generar procesos de transición agroecológica con el comedor escolar como centro y implicando a toda la comunidad educativa.
	Específicos	El cambio hacia comedores sostenibles como un proceso colectivo de largo recorrido.
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Se trabaja en grupos separados con profesorado/alumnado/ personal de cocina/personal monitor en los comedores/ empresa gestora del comedor.
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Problema en cómo replicar y escalar a la generalidad de los centros escolares. Dependencia de personal especializado, potente y buen comunicador. Formar a formadores o replicadores del proceso.
	General	Éxito total

Nombre		Promoción de la alimentación saludable a nivel escolar y comunitario
Lugar		Granollers
Justificación y origen de la iniciativa		El servicio de Salud Pública del Ajuntament realiza intervenciones de promoción de la salud para la población en general y envejecimiento saludable, con programas de educación que incluyen actividades que ayuden a conocer más sobre la alimentación y a ser responsable y autónomo sobre su propia nutrición.
Espacios de realización		Escuelas
Personas destinatarias	Directas	Población general y en especial población infantil y juvenil de escuelas públicas o concertadas. Jóvenes sin educación reglada o migrantes. Familias usuarias de Cruz Roja, familias que participan en prog. "Afis Pediátrico" sobre obesidad infantil
Agentes implicados	Promueve	Ayuntamiento con apoyo de Diputación de Barcelona.
	Desarrolla	Servicio de Salud pública municipal, con técnica de promoción de la salud. Algunas actividades, sobre todo de tipo comunitario se realizan conjuntamente o en coordinación con el servicio de atención primaria de salud y con profesionales del Hospital de Granollers
Objetivos	General	Mejorar los hábitos alimentarios de la población infantil, juvenil y de familias
	Específicos	1) Desarrollar acciones informativas y educativas que ayuden a la población general a adoptar estilos de vida saludable en relación a su alimentación. 2) Concienciar a niños y jóvenes sobre la importancia de una alimentación saludable y sus beneficios. 3) Dotarlos de herramientas y recursos que les ayuden a mejorar sus hábitos alimentarios y a que perduren a lo largo del tiempo. 4) Disminuir la prevalencia de la obesidad infantil
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Guía educativa para ofrecer talleres teórico-prácticos, gimcanas, exposiciones, conferencias en las aulas. 2) Participación en diferentes proyectos europeos y otras actividades comunitarias que ayuden a sensibilizar a la población 3) Participación en el programa municipal Afis pediátrico, para mejorar los hábitos alimentarios de niños que tienen sobrepeso u obesidad.
	Extrapolables	1), 2)
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Buena valoración por el profesorado ya que complementan el currículum escolar. " Afis pediátrico " ha permitido valorar la mejora de los hábitos alimentarios tanto del niño como de su familia de forma cuantitativa y cualitativa.
	General	" Afis Pediátrico " o el "Proyecto Avall" incluidos en el Banco de Buenas Prácticas de la Diputación de BCN con diversos reconocimientos. El proyecto WLE, de ámbito europeo, realizado entre el Ayuntamiento de Granollers, el ICS y el Hospital General de Granollers también ha sido galardonado.

ANEXO II: ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE POLÍTICAS LOCALES PARA LA SALUD Y EL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

Nombre		<i>Nombre original y nombre traducido, enlace a la iniciativa</i>
Fecha de inicio, fin o tiempo		<i>Fecha inicio - Fecha Fin</i>
Lugar		<i>Ciudad, País</i>
Justificación y origen de la iniciativa		<i>Por qué se ha originado la iniciativa, las justificaciones que ofrecen las distintas municipalidades</i>
Espacios de realización		<i>Lugares donde se realizan las actuaciones</i>
Personas destinatarias	Directas	<i>Los destinatarios originarios del proyecto</i>
	Indirectas	<i>Otros destinatarios</i>
Agentes implicados	Promueve	<i>Quién es promueve la iniciativa</i>
	Desarrolla	<i>Quien es son las que desarrollan el proyecto</i>
	Ejecuta	<i>Quién es ejecuta el proyecto y está en contacto directo con las personas destinatarias</i>
Objetivos	General	<i>El objetivo general del proyecto</i>
	Específicos	<i>Objetivos específicos, enumerados</i>
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	<i>Breve descripción en unas 3 líneas</i>
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	<i>Cada línea de trabajo tiene un número, mientras que las acciones realizadas en cada línea se numeran a partir de ella y en caso de necesidad de un identificador de la acción (ej . 1. Línea 1; 1.1 Acción 1, 1.2 Acción 2, 1.3 Acción 3=</i>
	Extrapolables	<i>Qué líneas de trabajo o acciones anteriores pueden ser rescatables para otras ciudades (Ej 1. ó 2.2)</i>
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	<i>Principales logros/dificultades (si se citan) del proyecto, a partir de los Agentes Implicados</i>
	General	<i>Valoración general del proyecto por parte de los destinatarios</i>

Nombre	<u>Veggie Thursday</u> (Jueves Vegetarianos)
Fecha de inicio, fin o tiempo	2009-actualidad
Lugar	Gante, Bélgica

Nombre		Veggie Thursday (Jueves Vegetarianos)
Justificación y origen de la iniciativa		El consumo de carne a aumentado en Europa de forma ininterrumpida durante los últimos, con el impacto que tiene sobre la salud de las personas, el bienestar animal y la naturaleza
Espacios de realización		Escuelas y comedores públicos
Personas destinatarias	Directas	Escolares, usuarios de comedores públicos
	Indirectas	Población en general
Agentes implicados	Promueve	Ghent's city council GCC, Ministre Bruxelloise, Bruxelles Environnement
	Desarrolla	GCC, Ministre Bruxelloise. Bruxelles Environnement, EVA
	Ejecuta	EVA (Ethical Vegetarian Alternative)
Objetivos	General	Disminuir el consumo de carne ofreciendo alternativas
	Específicos	1) Reducir el cambio climático 2) Comer menos carne 3) Ser vegetariano una vez a la semana
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Fomentar el consumo vegetal a través de menús en restauración pública, apoyo a iniciativa privada y formación
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Comedores públicos 1.1 Menús vegetarianos 2) Apoyo a la restauración 2.1 Mapas de la ciudad con restaurantes y tiendas vegetarianas, 2.2 Información a restaurantes y ayuda a generar más menús vegetarianos; 3) Fiestas y eventos 3.1 Barrios vegetarianos, 3.2 Cenas vegetarianas 4) Formación 4.1 Talleres de cocina, 4.2 Talleres para escolares, 4.3 Campañas de formación y concienciación en escolares
	Extrapolables	1), 2), 3), 4)
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	⅓ de los ciudadanos participan regularmente en los Jueves Vegetarianos
	General	Muy positiva, por eso la iniciativa se ha mantenido

Nombre		Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (Programa de Peso Saludable)
Fecha de inicio, fin o tiempo		2011-actualidad
Lugar		Amsterdam, Holanda
Justificación y origen de la iniciativa		La epidemia de obesidad en Europa entre los niños/as y la juventud es preocupante y tiene unas consecuencias a largo plazo sobre la salud. Adquirir un peso adecuado a través de mejores hábitos y ambiente saludable es una responsabilidad colectiva

Nombre		Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht (Programa de Peso Saludable)
Espacios de realización		Comedores escolares
Personas destinatarias	Directas	Escolares y niños/as, jóvenes (edades entre 5 y 16 años)
Agentes implicados	Promueve	City Council, Sarphati Institute for New Epidemics, partes interesadas
	Desarrolla	
	Ejecuta	
Objetivos	General	En 2033 todos los niños de Amsterdam tendrán un peso saludable
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Disminuir la obesidad de los niños/as y los jóvenes de Amsterdam a través de una alimentación adecuada y hábitos saludables.
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Certificación de escuelas saludables 2) Mejora del suministro de comida saludable 3) Promoción de la hábitos de vida saludable 4) Elaboración del plan 2018-2021
	Extrapolables	1), 2), 3), 4
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Disminución de los niños/as con obesidad entre 2012 y 2017 en una 12% y más niños/as con un peso saludable. Barrios menos obesos; Diseño de espacios públicos y edificios que fomenten los estilos de vida saludable, incluyendo actividades físicas
	General	Muy positiva, por eso la iniciativa se ha mantenido

Nombre		Mangiari a Scuola (Comer en la Escuela)
Fecha de inicio, fin o tiempo		2013-actualidad
Lugar		Turín, Italia
Justificación y origen de la iniciativa		Los comedores escolares son una oportunidad para educar a los niños/as en nutrición, donde las comidas no solamente deberían verse en términos nutricionales, si no como una dimensión clave del proyecto educativo de niños/as y jóvenes
Espacios de realización		Comedores escolares
Personas destinatarias	Directas	Escolares de 6 a 14 años.
Agentes implicados	Promueve	Ciudad de Turín
	Desarrolla	Servicios Educativos de la Ciudad
	Ejecuta	Servicios Educativos de la Ciudad, voluntarios, sociedad civil

Nombre		<u>Mangiari a Scuola</u> (Comer en la Escuela)
Objetivos	General	Mejorar la nutrición y formación de los escolares
	Específicos	1. Educar a los niños/as en nutrición; 2. Satisfacer las necesidades nutricionales de los niños/as; 3. Alcanzar el derecho de los niños/as a una alimentación adecuada
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Alimentación saludable y sostenible y fomentar la educación sobre la alimentación
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Elaboración de comida saludable y sostenible 2) Generación documentos de compra pública. 2.1 Esquema técnico y legal. 2.2. Encontrar suministradores de alimentos sostenibles y próximos 3) Realización del menú por los niños."El menú lo hago yo", con criterios saludables y ecológicos
	Extrapolables	1) , 2) y 3)

Nombre		<u>Milano Ristorazione</u>
Fecha de inicio, fin o tiempo		2001-actualidad
Lugar		Milán, Italia
Justificación y origen de la iniciativa		La compañía pública fue creada para satisfacer la demanda de una alimentación saludable y sostenible integrada con las políticas agroalimentarias urbanas.
Espacios de realización		Guarderías, comedores escolares, Residencias 3ª Edad, Centros de necesidades especiales
Personas destinatarias	Directas	Niños/as fundamentalmente, otros usuarios: 3ª Edad, necesidades especiales...
Agentes implicados	Promueve	Ciudad de Milán
	Desarrolla	Milano Ristorazione, empresa pública
	Ejecuta	Milano Ristorazione
Objetivos	General	Mejorar la nutrición y formación de sus usuarios del sistema
	Específicos	1. Preparar comidas saludables y nutritivas. 2. Educar en la sostenibilidad, la prevención del despilfarro y la integración-sociocultural. 3. Integrarse con la política urbana alimentaria.

Nombre		Milano Ristorazione
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Catering saludable y sostenible y educación para los usuarios del sistema.
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Preparación de comida saludable, con un alto porcentaje de comida ecológica, de origen local o comercio justo 2) Distribución de comida en los distintos Espacios de Realización 3) Elaboración de programas educativos, como “No desperdicio”, con una bolsa para el resto de la comida o donación de alimentos. 4) Empleo de vajilla y cubertería biodegradable y compostable.
	Extrapolables	1), 2), 3), 4)
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Compañía con alto grado de eficiencia, educación sobre la alimentación

Nombre		Famille à alimentation positive (Familias por la alimentación positiva)
Fecha de inicio, fin o tiempo		2012-actualidad
Lugar		Lyon, Francia
Justificación y origen de la iniciativa		El desafío es acompañar a familias “no iniciadas” para orientar sus compras y hábitos alimentarios hacia una alimentación sostenible a presupuesto familiar constante. La iniciativa se ha extendido a otros municipios de Francia.
Espacios de realización		Espacios públicos y privados.
Personas destinatarias	Directas	Personas solteras, parejas, hogares con o sin niños/as
	Indirectas	Toda la población
Agentes implicados	Promueve	Gran Lyon, Ville de Lyon, ARDAB (Agricultores Eco de Rhône y Loire)
	Desarrolla	FRAB AuRA (Federation Regional de Agriculture Biologique de Auvergne-Rhône Alps)
	Ejecuta	
Objetivos	General	Aumentar el consumo de productos ecológicos locales sin aumentar el presupuesto familiar
	Específicos	1. Dotar de un acompañamiento gratuito; 2. Enseñar los trucos para consumir eco y local; 3. Compartir experiencias entre familias, así como recetas e ideas; 4. Formar sobre la agricultura ecológica.; 5. Dar a conocer los lugares de compra próximos y agricultores locales

Nombre		<u>Famille à alimentation positive</u> (Familias por la alimentación positiva)
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Las familias son reagrupadas en equipos de hasta 12 hogares con un/a coordinador/a que hace de enlace entre las familias y un animador. En 2017, 6 equipos
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Sesión de inicio: Explicar, crear cohesión y dar ; 2) Sesión de intercambio con dietista-nutricionista (eco, proteínas vegetales y recetas de temporada y locales; 3) Curso de cocina con chef; 4) Visita a finca ecológica; 5) Sesión de juegos sobre agricultura ecológica, comida compartida y Horticultura ecológica ; 6) Sesión de cierre con un puesta en común de los precios y las compras familiares.
	Extrapolables	La iniciativa en su conjunto
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	A nivel estatal, hasta -2016, 21 desafíos, con 950 hogares, pasando de un consumo eco del 36% al 56% y disminución de 0,22 € el coste de cada comida (1,75 a 1,53 €)
	General	Muy positiva, por eso la experiencia continúa.

Nombre		<u>L'Autosuffisance Alimentaire à Albi</u>
Fecha de inicio, fin o tiempo	2014-actualidad	
Lugar	Albi, Francia	
Justificación y origen de la iniciativa	La ciudad se ha fijado el objetivo de alcanzar la autosuficiencia alimentaria en 2020, mediante el aprovisionamiento de recursos alimentarios en un radio de 60 km.	
Espacios de realización	Espacios urbanos y periurbanos.	
Personas destinatarias	Directas	Toda la población
	Indirectas	
Agentes implicados	Promueve	Ville d'Albi, Asoc. Les Incroyables Comestibles, agricultores/as, madres y padres de alumnos, los Consejos de los Barrios.
	Desarrolla	
	Ejecuta	
Objetivos	General	Conseguir la autonomía alimentaria del municipio.
	Específicos	1. Promover los circuitos cortos, privilegiando una alimentación de productos locales, de mejor calidad a través de una agricultura sostenible; 2. Reducción de los gases de efecto invernadero ligados al transporte de mercancías. 3. La seguridad en el aprovisionamiento alimentario en caso de crisis.

Nombre		L'Autosuffisance Alimentaire à Albi
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Generar una agricultura urbana y periurbana para lograr la autosuficiencia alimentaria
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Modificación de los espacios públicos para convertirlos en proveedores de alimentos manteniendo su naturaleza estética; 2) Reconquista de espacios privados no utilizados; 3) Nueva instalación de jóvenes productores en un parque agrario; 4) Colaboración con un centro de enseñanza pública agraria para adultos para aunar producción y desarrollar un centro colectivo de preparación-transformación
	Extrapolables	1), 2), 3), 4)
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	El proyecto se está desarrollando más lento de lo que debiera, por lo que hay dudas de que puedan lograrse los objetivos.
	General	Valoración intermedia no demasiado optimista.

Nombre		Public health against obesity (Salud Pública contra la obesidad)
Fecha de inicio, fin o tiempo		2016-actualidad
Lugar		Birmingham, Reino Unido
Justificación y origen de la iniciativa		En Birgminham el 25% de los niños son obesos cuando terminan la escuela primaria para luchar contra dicho problema es necesario un esfuerzo coordinado, en un proyecto de cambio político, alianzas, comunicaciones y intervenciones específicas
Espacios de realización		Diversos
Personas destinatarias	Directas	Niños/as
	Indirectas	Familias
Agentes implicados	Promueve	Birmingham City Council (BCC)
	Desarrolla	Birmingham City Council (BCC) y otros actores
	Ejecuta	
Objetivos	General	Disminuir el % de niños con obesidad
	Específicos	1. Incrementar la actividad física y el disfrute en la elección de comidas saludables; 2. Fomentar los buenos hábitos alimentarios y de ejercicio en las familias; 3. Mejorar el acceso a oportunidades apetecibles para participar en estas cuestiones

Nombre		Public health against obesity (Salud Pública contra la obesidad)
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Más que un plan de acción específico, se plantean diferentes acciones coordinadas con otros planes , acciones y actores.
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1). Plan de bonos de comida saludable (leche, frutas y/o vegetales); 2). Investigación: Acciones con minoristas para fomentar la compra de frutas y vegetales en zonas desfavorecidas-medir impactos de actividad física y elecciones de comida; 3). Cooperar con “Shift” -empresa social- para distribuir comidas saludables a domicilio; 4). Participar en la campaña “Peas Please” para aumentar verduras en comedores; 5). Puesta en marcha de crowdfunding para proyectos innovadores basados en la comunidad sobre salud y bienestar; 6). Mejorar la compra pública de alimentos
	Extrapolables	1), 2), 5), 6)
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Muchas organizaciones que no habían trabajado de forma conjunta lo han hecho; el crowdfunding ha mostrado que es posible obtener fondos y amplificar el sector público para proyectos de salud, sociales y de bienestar; los proyectos se han llevado a cabo en áreas desfavorecidas para lograr equidad social y económica.

Nombre		Bristol Healthy Schools (Escuelas Saludables de Bristol)
Fecha de inicio, fin o tiempo		2008-actualidad
Lugar		Bristol, Reino Unido
Justificación y origen de la iniciativa		Es un proyecto que abarca todas las áreas de la salud: 1. Salud mental y bienestar; 2. Actividad física; 3.Educación Personal,Social y Salud; 4. Alimentación y nutrición; 5. Violencia doméstica y abuso; 6.Protección de la salud; 7. Alcohol, tabaco y otras drogas; 8.Relaciones y salud sexual; 9. Salud Dental; 10. Peso saludable; 11.Datos e investigación; 12. Sexismo, bullying, acoso y violencia sexual
Espacios de realización		Escuelas
Personas destinatarias	Directas	Alumnos/as, personal y comunidad local
	Indirectas	Población en General
Agentes implicados	Promueve	Bristol City Council y Bristol Food Policy Council
	Desarrolla	
	Ejecuta	
Objetivos	General	Mejorar la salud y el bienestar de todas las escuelas que lo deseen
	Específicos	En 4. Alimentación y nutrición: 1. Enseñar a ser saludables; 2. Dar la oportunidad a desarrollar sus habilidades culinarias; 3. Dar la oportunidad de cultivar sus propias frutas y verduras 4. Suministrar comidas desayunos, comidas y snacks saludables

Nombre		Bristol Healthy Schools (Escuelas Saludables de Bristol)
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	El proyecto ayuda a las escuelas en las áreas que lo deseen para ayudar a los niños/as a ser activos y otras actividades, enseñarles sobre la salud y proveer comidas saludables
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1). A través de formación y eventos (Formación específica sobre nutrición); 2) Recursos Educativos (Ej. Cómo redactar un plan de alimentación en la escuela; recursos variados para educadores; recursos variados para las familias; recetas de cocina; cultivo de alimentos); 3) Información sobre los servicios; 4. Asesoramiento sobre cómo mejorar la salud y bienestar de los estudiantes, o en asuntos específicos de salud. (ej. como implementar un enfoque holístico a la alimentación en la comida; enseñar, crear y mejorar ambientes alimentarios; mejorar la aceptación de las comidas escolares)
	Extrapolables	1), 2), 3), 4)
Evaluación del proyecto	General	Evaluación general muy positiva, por eso el proyecto continúa.

Nombre		NYC Food Policy Iniciativas: Food Access (Iniciativas de Políticas Alimentarias de NY: Acceso a la alimentación)
Fecha de inicio, fin o tiempo		Varios años (2005)-actualidad
Lugar		Nueva York, Estados Unidos de América
Justificación y origen de la iniciativa		La buena comida es fundamental para una vida saludable pero el sistema alimentario no permite el acceso equitativo. 1/6 de los ciudadanos de NY presentan inseguridad alimentaria.
Espacios de realización		Espacios públicos
Personas destinatarias	Directas	Población desfavorecida
	Indirectas	Toda la población
Agentes implicados	Promueve	Ciudad de Nueva York y actores sociales (asociaciones y empresarios)
	Desarrolla	
	Ejecuta	
Objetivos	General	Reducir las desigualdades del acceso a comida nutritiva y mejorar el ambiente alimentario.
	Específicos	1. Mejorar las elecciones de comida en comercios; 2. Incrementar el poder de compra de los ciudadanos; 3. Proveer de educación y recursos para preparar dietas equilibradas en el hogar.

Nombre		NYC Food Policy Initiatives: Food Access (Iniciativas de Políticas Alimentarias de NY: Acceso a la alimentación)
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Son líneas de trabajo que tenían identidad propia pero que convergen en acceso a la alimentación. Forman parte del plan global "One New York"
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Carritos Verdes. 500 vendedores llevan frutas y verduras frescas cerca de los hogares. 2) Compra saludablemente. Más de 1000 tiendas para promover comida saludable y fruta y verdura fresca, alimentos integrales, bajos en grasa, en sal y sin azúcar. 3) Mercados de productores y 'Healthy Bucks'. Cada HB vale de 2\$ y sirven para comprar fruta fresca y vegetales en los mercados de productores. 4) Programa FRESH: Incentivos económicos y dotación de espacios para promover el establecimiento y permanencia de fruterías en barrios desatendidos 5) Educación en Nutrición a través de mercados, huertos escolares, campañas públicas de educación para el público general o niños.
	Extrapolables	2), 3), 5)

Nombre		Toronto Food Strategy: Food Projects (Estrategia alimentaria de Toronto: Proyectos Alimentarios)
Fecha de inicio, fin o tiempo	2010-Actualidad (Bajo éste nombre. Realmente desde antes 2000)	
Lugar	Toronto, Canadá	
Justificación y origen de la iniciativa	En algunos barrios , la gente tiene que desplazarse más de 1 km para comprar productos frescos. Salud Pública y FoodShare acercan frutas y verduras a las comunidades	
Espacios de realización	Espacios públicos	
Personas destinatarias	Directas	Toda la población
	Promueve	Ciudad de Toronto
Agentes implicados	Desarrolla	Consejo de Política Alimentaria de Toronto (TFPC) [lleva más de 2 décadas en funcionamiento] y actores sociales (asociaciones y empresarios)
	Ejecuta	
Objetivos	General	Son diferentes líneas de trabajo y acciones coordinadas para lograr el objetivo final.
Objetivos	Específicos	1) Mercados móviles 'Grab some Good' (Pilla algo bueno), visitan diferentes barrios con pocas fruterías, con productos a buen precio y de calidad; 2) Trabajos alimentarios comunitarios, combinando el Carnet de Manipulador de Alimentos con educación nutricional, habilidades alimentarias y ayuda al empleo a los residentes de rentas bajas; 3) FoodReach, portal online que acerca comida saludable a agencias comunitarias y a estudiantes en nutrición a buen precio ; 4) Mapear la alimentación minorista: conocer el acceso a la comida saludable para investigar cómo el lugar, los ingresos y factores sociales influyen ; 5) Alimentos del mundo cultivados localmente: la mitad de Toronto ha nacido fuera de Canadá y se busca la adaptación de dichos alimentos.

Nombre		Toronto Food Strategy: Food Projects (Estrategia alimentaria de Toronto: Proyectos Alimentarios)
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	2), 3), 4)
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	Muy buena, los proyectos llevan más de 2 décadas realizándose
	Extrapolables	1), 2), 3), 4)
Evaluación del proyecto	General	Evaluación general muy positiva, por eso el proyecto continúa.

Nombre		Programa de complementación alimentaria a personas mayores
Fecha de inicio, fin o tiempo		2014-Actualidad
Lugar		Medellín, Colombia
Justificación y origen de la iniciativa		En 2013, el 88% de los hogares tenían inseguridad alimentaria, con un 15% severa. En 2015, los adultos de +60 años presentaban malnutrición en un 80%.
Espacios de realización		Comedores públicos y hogares
Personas destinatarias	Directas	Personas mayores (+ 60 años) en condiciones de alta vulnerabilidad o +50 años con discapacidad
	Indirectas	Familiares
Agentes implicados	Promueve	Alcaldía de Medellín; Secretaría de inclusión social y familia. Ud. Seg. Alimentaria (<u>Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2016-2018</u>)
	Desarrolla	Fundación SACIAR (ONG que gestiona banco de alimentos), Organizaciones civiles de las diferentes "comunidades"
	Ejecuta	
Objetivos	General	Seguridad alimentaria para personas mayores de +60 años
	Específicos	1. Atender a las personas especialmente vulnerables a la inseguridad alimentaria 2. Mejorar la calidad de vida, salud y estado nutricional.
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Suministro de comida y alimentos a personas destinatarias
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Comedores comunitarios. 1.1 Complemento alimentario en forma de comida preparada 1.2 Formación en nutrición, hábitos alimentarios y estilos de vida saludables 1.3 Generación de lazos afectivos a nivel personal, familiar y comunitario 2) Complementación alimentaria. 2.1 Paquete alimentario mensual 2.2 Formación para mejorar la calidad de vida
	Extrapolables	1), 2)
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	Disminución inseguridad alimentaria + del 6%; de proveer comidas a integrar comidas y educación; colaboración con la sociedad civil

Nombre		Buena educación alimentaria para la vida
Fecha de inicio, fin o tiempo		2014-actualidad
Lugar		Daegu, Corea del Sur
Justificación y origen de la iniciativa		Los cambios en los hábitos alimentarios en las ciudades son un problema mayor, por el aumento de la comida rápida en muchas comidas y la dificultad de que las familias compartan la mesa.
Espacios de realización		Centros de Educación Secundaria
Personas destinatarias	Directas	Estudiantes de Secundaria/Bachillerato
	Indirectas	Familias
Agentes implicados	Promueve	Ciudad de Daegu, Ministerio de Agricultura, Alimentación y Asuntos Rurales
	Desarrolla	Daegu Dietary Life Education Network
	Ejecuta	Centros
Objetivos	General	Proveer de una buena educación alimentaria para la vida
	Específicos	1. Reducir el uso de energía y recursos en el sistema agroalimentario; 2. Mantener y promover dietas Coreanas de alto valor nutritivo; 3. Respetar la naturaleza y la gente; 4. Reducir el despilfarro
Líneas de Trabajo y acciones	Breve descripción	Acciones para relacionarse con la agricultura, armonizarse con el medio ambiente y heredar y desarrollar la cultura alimentaria tradicional.
	Líneas de trabajo y Acciones específicas	1) Huertos en centros educativos 2) Programas de formación en alimentación adecuada en zonas rurales 3) Clases extraescolares sobre alimentación adecuada
	Extrapolables	1), 2), 3)
Evaluación del proyecto	Éxitos/ Dificultades	32 Escuelas en 2015, generación del 2º Plan de Educación Alimentaria (2015-2020)

BIBLIOGRAFÍA

- [1] OMS, «Preguntas más frecuentes». [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. [Accedido: 30-sep-2018].
- [2] OMS, «Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XX». 1997.
- [3] Fundación Española de Nutrición (FEN), Libro blanco de la nutrición en España. Madrid, 2013.
- [4] OMS, «Nutrición». [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>. [Accedido: 30-sep-2018].
- [5] Malassis, L, Economie agro-alimentaire: Economie de la consommation et de la production agro-alimentaire. Paris: Cujas, 1979.
- [6] D. López García y I. Álvarez Vispo, «Hacia un sistema alimentario sostenible en el Estado español: Propuestas desde la agroecología, la soberanía alimentaria y el derecho a la alimentación, 2030/2050». 2018.
- [7] M. Raigón Jiménez, «Alimentos ecológicos, calidad y salud. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Agricultura y Pesca. Sociedad Española de Agricultura Ecológica (SEAE), 2007.
- [8] D. Tilman y M. Clark, «Global diets link environmental sustainability and human health», Nature, vol. 515, n.o 7528, pp. 518-522, nov. 2014.
- [9] VSF Justicia Alimentaria Global, «Viaje al centro de la alimentación que nos enferma». 2016.
- [10] ETC Group, ¿Quién nos alimentará? La red campesina alimentaria o la cadena agroindustrial. ETC Group, 2017.
- [11] M. del C. Cuéllar Padilla, Á. Calle Collado, y D. Gallar, Procesos hacia la soberanía alimentaria: perspectiva y prácticas desde la agroecología política. Barcelona: Icaria, 2013.
- [12] J. Martí Boscá, Ed., Cambio Global España 2020/50. Cambio climático y salud. Asturias: ISTAS, SESA, CCEIM, 2012.
- [13] «Cambio climático y salud», World Health Organization. [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cambio-climático-y-salud>. [Accedido: 02-ago-2018].
- [14] K. García, D. Romano, y Hernández, K., «Directo a tus hormonas: guía de alimentos disruptores. Residuos de plaguicidas con capacidad de alterar el sistema endocrino en los alimentos españoles.», Ecologistas en Acción. 2018.
- [15] ANSES, «Exposition des travailleurs agricoles aux pesticides. Revue systématique de la littérature scientifique disponible sur les expositions aux pesticides des travailleurs agricoles en France. Version janvier 2014», 2014.
- [16] M. A. Altieri y C. I. Nicholls, «Agroecología: única esperanza para la soberanía alimentaria y la resiliencia socioecológica», p. 19, 2012.
- [17] Sevilla Guzmán, E. y Soler, M., «Agroecología y soberanía alimentaria: alternativas a la globalización agro-alimentaria», en Patrimonio cultural en la nueva ruralidad andaluza., Fernández-Baca, R., Ed. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Cultura, 2010.
- [18] P. Laín Entralgo, Historia de la medicina. Barcelona: Masson, 2006.
- [19] U. González Pérez, «El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud», Revista Cubana de Salud Pública, vol. 28, n.o 2, pp. 157-175, dic. 2002.
- [20] H. Elver, «Derecho a la alimentación: malnutrición, gobernanza mundial, enfoque en DDHH y Estado», ONU, ago. 2016.
- [21] OMS, Los determinantes sociales de la salud: Los hechos probados, Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS, 2003.
- [22] ONU, «Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles». 16-nov-2011.
- [23] M. Harris, Bueno para comer. España: Alianza, 2009.

- [24] Lluís Serra-Majem, «Alimentación, nutrición comunitaria y salud», p. 2. Encuentro de Expertos 2016. Galdar, Las Palmas de Gran Canaria.
- [25] A. G. C. Rebollo, L. Z. Villarreal, O. G. H. Lara, y E. G. A. Álvarez, «Repensar la dieta para repensar la vida», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 115, pp. 75-90, may 2018.
- [26] «Alimentación sana», World Health Organization. [En línea]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. [Accedido: 05-jul-2018].
- [27] Oficina EQUO-Primavera Europea, Ed., Come bien para vivir-mejor. Oficina EQUO-Primavera Europea, 2018.
- [28] «Dame Veneno | Justicia Alimentaria». [En línea]. Disponible en: <http://justiciaalimentaria.org/dame-veneno#top>. [Accedido: 09-jul-2018].
- [29] Lluís Serra Majem. «Decálogo para la alimentación sostenible». Encuentro de Expertos en Alimentación, Nutrición Comunitaria y Salud. Galdar, Las Palmas de Gran Canaria.
- [30] J. R. Martínez Álvarez y A. Villarino Marín, *Dieta mediterránea: avances de alimentación, nutrición y dietética*. Tres Cantos, Madrid: Punto Didot, 2015.
- [31] UNSCN, «Dietas sostenibles para una población y un planeta sanos», 2017.
- [32] Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, *Guía práctica de la salud*. 2013.
- [33] A. Gloria Blanco, L. Río Maojo (del), L. Gutiérrez García, R. Olmos Pecero, y S. Rodríguez Fernández, «Hábitos de alimentación y consumo saludable», Consejería de Educación y Ciencia. Dirección General de Ordenación Académica e Innovación. Servicio de Innovación y Apoyo a la Acción Educativa, 2005.
- [34] «Manifiesto por una alimentación sana - Dame Veneno | Justicia Alimentaria». [En línea]. Disponible en: <http://justiciaalimentaria.org/dame-veneno/manifiesto#top>. [Accedido: 09-jul-2018].
- [35] Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP) «Pautas Alimentarias Para Estadounidenses 2015-2020 Octava Edición», p. 4. 2016
- [36] Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria «semFYC - Medicina familiar y comunitaria. Medicina resolutiva.», semFYC, 28-dic-2006. .
- [37] A. Muller et al., «Strategies for feeding the world more sustainably with organic agriculture», *Nature Communications*, vol. 8, n.º 1, dic. 2017.
- [38] FAO, «La agricultura mundial en la perspectiva del año 2050- Cómo alimentar al mundo 2050: Foro de Expertos de Alto Nivel». 2009.
- [39] H. Renting, «Urban Agroecology in Europe: Diversity, Challenges and Opportunities», *International Summer School in Agroecology*, jul-2017.
- [40] FAO, «Agroecología para la seguridad alimentaria y nutrición», Roma: FAO 2014.
- [41] Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) en Centroamérica, «Seguridad Alimentaria y Nutricional: Conceptos Básico.» PESA Centroamérica, 2011.
- [42] FAO, «Seguridad alimentaria», 2018. [En línea]. Disponible en: <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/es/>. [Accedido: 30-sep-2018].
- [43] Ayuntamiento de Valladolid. «Estrategia Alimentaria de Valladolid. Borrador». 21-mar-2018.
- [44] M. Windfuhr y M. Jonsén, *Soberanía Alimentaria Hacia la democracia en sistemas alimentarios locales*. FIAN-Internacional, 2005.
- [45] E. N. C. Cachago, J. L. Y. Blanco, y M. V. M. Miño, «Seguridad y Soberanía alimentaria: análisis comparativo de las leyes en siete países de América Latina», p. 40, 2015.
- [46] D. López García, N. Alonso Leal, y P. . Herrera, «Políticas alimentarias urbanas para la sostenibilidad. Análisis de experiencias en el Estado español, en un contexto internacional», *Fundación Entretantos*, mar. 2018.
- [47] O. Schutter (De), «Derecho a la alimentación: Agroecología», dic. 2010.
- [48] Grupo de alto nivel de expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición (HLPE), «Las pérdidas y el desperdicio de alimentos en el contexto de sistemas alimentarios», Roma, 2014.
- [49] T. Marsden y R. Sonnino, «Human health and wellbeing and the sustainability of urban–regional food systems», *Current Opinion in Environmental Sustainability*, vol. 4, n.º 4, pp. 427-430, oct. 2012.

- [50] M. Badal, «Soberanía alimentaria, comercio justo y administraciones públicas locales. Un espacio para la construcción de alternativas». Donostia-San Sebastián: Emaús, 2014.
- [51] A. Faye, «Urban Food Policy Pact». Milán 2015.
- [52] J. C. Semenza y B. Menne, «Climate change and infectious diseases in Europe», *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 9, n.o 6, pp. 365-375, jun. 2009.
- [53] S. Médiène et al., «Agroecosystem management and biotic interactions: a review», *Agronomy for Sustainable Development*, vol. 31, n.o 3, pp. 491-514, jul. 2011.
- [54] I. Perfecto y J. Vandermeer, «The agroecological matrix as alternative to the land-sparing/agriculture intensification model», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 107, n.o 13, pp. 5786-5791, mar. 2010.
- [55] H.-R. Kohler y R. Triebkorn, «Wildlife Ecotoxicology of Pesticides: Can We Track Effects to the Population Level and Beyond?», *Science*, vol. 341, n.o 6147, pp. 759-765, ago. 2013.
- [56] Niggli, U., Fließbach, A., Hepperly, P., y Scialabba, N., «Low greenhouse gas agriculture: mitigation and adaptation potential of sustainable farming systems.», FAO, Rome, Italy., 2009.
- [57] Bruinsma, J. et al., «World agriculture: Towards 2015/2030: An FAO perspective», FAO, Roma, 2015.
- [58] Raigón, M.D., Figueroa, M., García-Martínez, M.D., Rodríguez-Burruezo, A., Fita, A.M., y Prohens, J., «Fruit Quality of Organic Food: Experimental Evidence.», *Bulletin of the University of Agricultural Sciences & Veterinary Medicine Cluj-Napoca. Horticulture*, vol. 68, n.o 1, pp. 267-272, 2011.
- [59] F. Orsini, A. Maggio, Y. Roupael, y S. De Pascale, «“Physiological quality” of organically grown vegetables», *Scientia Horticulturae*, vol. 208, pp. 131-139, ago. 2016.
- [60] C. Padilla Bravo, A. Cordts, B. Schulze, y A. Spiller, «Assessing determinants of organic food consumption using data from the German National Nutrition Survey II», *Food Quality and Preference*, vol. 28, n.o 1, pp. 60-70, abr. 2013.
- [61] G. Pino, A. M. Peluso, y G. Guido, «Determinants of Regular and Occasional Consumers' Intentions to Buy Organic Food», *Journal of Consumer Affairs*, vol. 46, n.o 1, pp. 157-169, mar. 2012.
- [62] M. Oliveira, J. Usall, I. Viñas, M. Anguera, F. Gatiús, y M. Abadías, «Microbiological quality of fresh lettuce from organic and conventional production», *Food Microbiology*, vol. 27, n.o 5, pp. 679-684, ago. 2010.
- [63] D. F. Maffei, E. Y. Batalha, M. Landgraf, D. W. Schaffner, y B. D. G. M. Franco, «Microbiology of organic and conventionally grown fresh produce», *Brazilian Journal of Microbiology*, vol. 47, pp. 99-105, dic. 2016.
- [64] G. P. P. Lima y F. Vianello, «Review on the main differences between organic and conventional plant-based foods: Main differences between organic and conventional plant», *International Journal of Food Science & Technology*, vol. 46, n.o 1, pp. 1-13, ene. 2011.
- [65] C. Smith-Spangler et al., «Are Organic Foods Safer or Healthier Than Conventional Alternatives?: A Systematic Review», *Annals of Internal Medicine*, vol. 157, n.o 5, p. 348, sep. 2012.
- [66] C. Lu, K. Toepel, R. Irish, R. A. Fenske, D. B. Barr, y R. Bravo, «Organic Diets Significantly Lower Children's Dietary Exposure to Organophosphorus Pesticides», *Environmental Health Perspectives*, vol. 114, n.o 2, pp. 260-263, feb. 2006.
- [67] A. L. Brantsæter et al., «Organic Food Consumption during Pregnancy and Hypospadias and Cryptorchidism at Birth: The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)», *Environmental Health Perspectives*, vol. 124, n.o 3, pp. 357-364, mar. 2016.
- [68] L. Oates, M. Cohen, L. Braun, A. Schembri, y R. Taskova, «Reduction in urinary organophosphate pesticide metabolites in adults after a week-long organic diet», *Environmental Research*, vol. 132, pp. 105-111, jul. 2014.
- [69] C. L. Curl et al., «Estimating Pesticide Exposure from Dietary Intake and Organic Food Choices: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)», *Environmental Health Perspectives*, vol. 123, n.o 5, pp. 475-483, may 2015.
- [70] B. González-Alzaga et al., «A systematic review of neurodevelopmental effects of prenatal and postnatal organophosphate pesticide exposure», *Toxicology Letters*, vol. 230, n.o 2, pp. 104-121, oct. 2014.
- [71] L. Schinasi y M. Leon, «Non-Hodgkin Lymphoma and Occupational Exposure to Agricultural Pesticide Chemical Groups and Active Ingredients: A Systematic Review and Meta-Analysis», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 11, n.o 4, pp. 4449-4527, abr. 2014.

- [72] A. P. Starling, D. M. Umbach, F. Kamel, S. Long, D. P. Sandler, y J. A. Hoppin, «Pesticide use and incident diabetes among wives of farmers in the Agricultural Health Study», *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 71, n.o 9, pp. 629-635, sep. 2014.
- [73] N. S. Bryan y H. van Grinsven, «The Role of Nitrate in Human Health», en *Advances in Agronomy*, vol. 119, Elsevier, 2013, pp. 153-182.
- [74] E. Koh, S. Charoenprasert, y A. E. Mitchell, «Effect of Organic and Conventional Cropping Systems on Ascorbic Acid, Vitamin C, Flavonoids, Nitrate, and Oxalate in 27 Varieties of Spinach (*Spinacia oleracea* L.)», *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, vol. 60, n.o 12, pp. 3144-3150, mar. 2012.
- [75] STOA, «Human health implications of organic food and organic agriculture», *Parliamentary Research Services*, STOA@ep.europa.eu, 2016.
- [76] Antoniou, M., Robinson, C., y Fagan, J., «GMO Myths and Truths: An Evidence-based Examination of the Claims Made for the Safety and Efficacy of Genetically Modified Crops», *Earth Open Source*, London, UK, 2012.
- [77] Barański, M. et al., «Higher antioxidant and lower cadmium concentrations and lower incidence of pesticide residues in organically grown crops: a systematic literature review and meta-analyses», *British Journal of Nutrition*, vol. 112, n.o 05, pp. 794-811, 2014.
- [78] A. D. Dangour, K. Lock, A. Hayter, A. Aikenhead, E. Allen, y R. Uauy, «Nutrition-related health effects of organic foods: a systematic review», *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 92, n.o 1, pp. 203-210, jul. 2010.
- [79] J. Forman, J. Silverstein, COMMITTEE ON NUTRITION, y COUNCIL ON ENVIRONMENTAL HEALTH, «Organic Foods: Health and Environmental Advantages and Disadvantages», *PEDIATRICS*, vol. 130, n.o 5, pp. e1406-e1415, nov. 2012.
- [80] L. Seconda et al., «Assessment of the Sustainability of the Mediterranean Diet Combined with Organic Food Consumption: An Individual Behaviour Approach», *Nutrients*, vol. 9, n.o 1, p. 61, ene. 2017.
- [81] W. J. Crinnion, «Organic foods contain higher levels of certain nutrients, lower levels of pesticides, and may provide health benefits for the consumer», *Altern Med Rev*, vol. 15, n.o 1, pp. 4-12, abr. 2010.
- [82] Średnicka-Tober, D., Kazimierczak, R., y Rembiałkowska, E., «Organic food and human health-a review.», *Journal of Research and Applications in Agricultural Engineering*, vol. 60, n.o 4, pp. 102-107, 2015.
- [83] R. Chhabra, S. Kolli, y J. H. Bauer, «Organically Grown Food Provides Health Benefits to *Drosophila melanogaster*», *PLoS ONE*, vol. 8, n.o 1, p. e52988, ene. 2013.
- [84] L. S. Oliboni, C. Dani, C. Funchal, J. A. Henriques, y M. Salvador, «Hepatoprotective, cardioprotective, and renal-protective effects of organic and conventional grapevine leaf extracts (*Vitis labrusca* var. Bordo) on Wistar rat tissues», *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, vol. 83, n.o 4, pp. 1403-1411, dic. 2011.
- [85] R. Kazimierczak et al., «Beetroot (*Beta vulgaris* L.) and naturally fermented beetroot juices from organic and conventional production: metabolomics, antioxidant levels and anticancer activity: Properties of organic and conventional beetroot and naturally fermented beetroot juices», *Journal of the Science of Food and Agriculture*, vol. 94, n.o 13, pp. 2618-2629, oct. 2014.
- [86] I. Kummeling et al., «Consumption of organic foods and risk of atopic disease during the first 2 years of life in the Netherlands», *British Journal of Nutrition*, vol. 99, n.o 03, mar. 2008.
- [87] J. S. Christensen et al., «Association Between Organic Dietary Choice During Pregnancy and Hypospadias in Offspring: A Study of Mothers of 306 Boys Operated on for Hypospadias», *The Journal of Urology*, vol. 189, n.o 3, pp. 1077-1082, mar. 2013.
- [88] H. Torjusen et al., «Reduced risk of pre-eclampsia with organic vegetable consumption: results from the prospective Norwegian Mother and Child Cohort Study», *BMJ Open*, vol. 4, n.o 9, pp. e006143-e006143, sep. 2014.
- [89] The Million Women Study Collaborators et al., «Organic food consumption and the incidence of cancer in a large prospective study of women in the United Kingdom», *British Journal of Cancer*, vol. 110, n.o 9, pp. 2321-2326, abr. 2014.
- [90] A. De Lorenzo et al., «The Effects of Italian Mediterranean Organic Diet (IMOD) on Health Status», *Current Pharmaceutical Design*, vol. 16, n.o 7, pp. 814-824, mar. 2010.
- [91] J. Baudry et al., «Health and dietary traits of organic food consumers: results from the NutriNet-Santé study», *British Journal of Nutrition*, vol. 114, n.o 12, pp. 2064-2073, dic. 2015.

- [92] E. Kesse-Guyot, J. Baudry, K. E. Assmann, P. Galan, S. Hercberg, y D. Lairon, «Prospective association between consumption frequency of organic food and body weight change, risk of overweight or obesity: results from the NutriNet-Santé Study», *British Journal of Nutrition*, vol. 117, n.o 02, pp. 325-334, ene. 2017.
- [93] E. Von Essen y M. Englander, «Organic food as a healthy lifestyle: A phenomenological psychological analysis», *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 8, n.o 1, p. 20559, ene. 2013.
- [94] M. Huber, M. H. Bakker, W. Dijk, H. A. Prins, y F. A. Wiegant, «The challenge of evaluating health effects of organic food; operationalisation of a dynamic concept of health», *Journal of the Science of Food and Agriculture*, vol. 92, n.o 14, pp. 2766-2773, nov. 2012.
- [95] A. M. López-Sobaler et al., «Overweight and General and Abdominal Obesity in a Representative Sample of Spanish Adults: Findings from the ANIBES Study», *BioMed Research International*, vol. 2016, pp. 1-11, 2016.
- [96] C. L. Ogden, M. D. Carroll, L. R. Curtin, M. A. McDowell, C. J. Tabak, y K. M. Flegal, «Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004», *JAMA*, vol. 295, n.o 13, p. 1549, abr. 2006.
- [97] B. W. Stewart, «Priorities for cancer prevention: lifestyle choices versus unavoidable exposures», *The Lancet Oncology*, vol. 13, n.o 3, pp. e126-e133, mar. 2012.
- [98] K. M. Flegal, D. Kruszon-Moran, M. D. Carroll, C. D. Fryar, y C. L. Ogden, «Trends in Obesity Among Adults in the United States, 2005 to 2014», *JAMA*, vol. 315, n.o 21, p. 2284, jun. 2016.
- [99] L. R. Aballay, A. R. Eynard, M. del P. Díaz, A. Navarro, y S. E. Muñoz, «Overweight and obesity: a review of their relationship to metabolic syndrome, cardiovascular disease, and cancer in South America», *Nutrition Reviews*, vol. 71, n.o 3, pp. 168-179, mar. 2013.
- [100] A. H. Mokdad et al., «Prevalence of Obesity, Diabetes, and Obesity-Related Health Risk Factors, 2001», *JAMA*, vol. 289, n.o 1, ene. 2003.
- [101] A. S. Janesick y B. Blumberg, «Obesogens: an emerging threat to public health», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 214, n.o 5, pp. 559-565, may 2016.
- [102] B. Stoll, «Upper abdominal obesity, insulin resistance and breast cancer risk», *International Journal of Obesity*, vol. 26, n.o 6, pp. 747-753, jun. 2002.
- [103] J. Aranceta-Bartrina, C. Pérez-Rodrigo, G. Alberdi-Aresti, N. Ramos-Carrera, y S. Lázaro-Masedo, «Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25–64 Years) 2014–2015: The ENPE Study», *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, vol. 69, n.o 6, pp. 579-587, jun. 2016.
- [104] M. Morales-Suárez-Varela et al., «Anthropometric Status and Nutritional Intake in Children (6–9 Years) in Valencia (Spain): The ANIVA Study», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 12, n.o 12, pp. 16082-16095, dic. 2015.
- [105] N. Pérez-Farinós et al., «The ALADINO Study: A National Study of Prevalence of Overweight and Obesity in Spanish Children in 2011», *BioMed Research International*, vol. 2013, pp. 1-7, 2013.
- [106] Pérez Rodrigo, C., «Current mapping of obesity», *Nutr Hosp*, vol. 5, n.o 28, pp. 21-31, 2013.
- [107] J. Valdés Pizarro y M. A. Royo-Bordonada, «Prevalence of childhood obesity in Spain: National Health Survey 2006-2007», *Nutr Hosp*, vol. 27, n.o 1, pp. 154-160, feb. 2012.
- [108] B. Sanz-Barbero, M. E. Prieto-Flores, L. Otero-García, A. Abt-Sacks, M. Bernal, y N. Cambas, «Percepción de los factores de riesgo de cáncer por la población española», *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, n.o 2, pp. 137-145, mar. 2014.
- [109] V. S. Malik, W. C. Willett, y F. B. Hu, «Global obesity: trends, risk factors and policy implications», *Nature Reviews Endocrinology*, vol. 9, n.o 1, pp. 13-27, ene. 2013.
- [110] S. F. Weng, S. A. Redsell, J. A. Swift, M. Yang, y C. P. Glazebrook, «Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy», *Archives of Disease in Childhood*, vol. 97, n.o 12, pp. 1019-1026, dic. 2012.
- [111] Fernández, MF., López-Medina, JA., Mustieles, V., y Olea, N., «Obesogens: A new threat to public health?», *Rev Salud Ambiental*, vol. 1, n.o 17, pp. 93-99, 2017.
- [112] Å. Bergman et al., «The Impact of Endocrine Disruption: A Consensus Statement on the State of the Science», *Environmental Health Perspectives*, vol. 121, n.o 4, abr. 2013.

- [113] M. F. Fernández y N. Olea, «Disruptores endocrinos, ¿suficiente evidencia para actuar?», *Gaceta Sanitaria*, vol. 28, n.o 2, pp. 93-95, mar. 2014.
- [114] P. F. Baillie-Hamilton, «Chemical Toxins: A Hypothesis to Explain the Global Obesity Epidemic», *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 8, n.o 2, pp. 185-192, abr. 2002.
- [115] F. Bray, A. Jemal, N. Grey, J. Ferlay, y D. Forman, «Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study», *The Lancet Oncology*, vol. 13, n.o 8, pp. 790-801, ago. 2012.
- [116] J. Ferlay et al., «Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012: Globocan 2012», *International Journal of Cancer*, vol. 136, n.o 5, pp. E359-E386, mar. 2015.
- [117] GLOBOCAN, «Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012», International Agency for Research on Cancer, 2012.
- [118] D. Salas y R. Peiró, «Evidencias sobre la prevención del cáncer», *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 15, n.o 2, pp. 66-75, oct. 2013.
- [119] REDECAN Working Group et al., «Cancer incidence in Spain, 2015», *Clinical and Translational Oncology*, vol. 19, n.o 7, pp. 799-825, jul. 2017.
- [120] M. Marzo-Castillejo et al., «Recomendaciones de prevención del cáncer», *Atención Primaria*, vol. 46, pp. 24-41, jun. 2014.
- [121] REDECAN, «Red Española de Registros de Cáncer». [En línea]. Disponible en: <http://redecn.org>.
- [122] E. T. H. Fontham et al., «American Cancer Society Perspectives on Environmental Factors and Cancer», *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 59, n.o 6, pp. 343-351, nov. 2009.
- [123] D. M. Parkin, L. Boyd, y L. C. Walker, «16. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010: Summary and conclusions», *British Journal of Cancer*, vol. 105, n.o S2, pp. S77-S81, dic. 2011.
- [124] S. Minozzi et al., «European Code against Cancer 4th Edition: Process of reviewing the scientific evidence and revising the recommendations», *Cancer Epidemiology*, vol. 39, pp. S11-S19, dic. 2015.
- [125] G. Danaei, S. Vander Hoorn, A. D. Lopez, C. J. Murray, y M. Ezzati, «Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors», *The Lancet*, vol. 366, n.o 9499, pp. 1784-1793, nov. 2005.
- [126] C. A. Gonzalez, «The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)», *Public Health Nutrition*, vol. 9, n.o 1a, feb. 2006.
- [127] C. Ehemann et al., «Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975-2008, featuring cancers associated with excess weight and lack of sufficient physical activity: 2011 Report on the Status of Cancer», *Cancer*, vol. 118, n.o 9, pp. 2338-2366, may 2012.
- [128] F. Turati, M. Rossi, C. Pelucchi, F. Levi, y C. La Vecchia, «Fruit and vegetables and cancer risk: a review of southern European studies», *British Journal of Nutrition*, vol. 113, n.o S2, pp. S102-S110, abr. 2015.
- [129] American Institute for Cancer Research y World Cancer Research Fund, Eds., *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective: a project of World Cancer Research Fund International*. Washington, D.C: American Institute for Cancer Research, 2007.
- [130] G. Varela-Moreiras, J. M. Ávila, C. Cuadrado, S. del Pozo, E. Ruiz, y O. Moreiras, «Evaluation of food consumption and dietary patterns in Spain by the Food Consumption Survey: updated information», *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 64, n.o S3, pp. S37-S43, nov. 2010.
- [131] E. R. Gregorio Varela-Moreiras, «La dieta española: una actualización», *Nutrición Hospitalaria*, n.o 5, pp. 13-20, sep. 2013.
- [132] Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, AECOSAN, «Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (ENIDE) 2011.», Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.
- [133] E. Roura, R. Milà-Villarroel, S. Lucía Pareja, y A. Adot Caballero, «Assessment of Eating Habits and Physical Activity among Spanish Adolescents. The "Cooking and Active Leisure" TAS Program», *PLOS ONE*, vol. 11, n.o 7, p. e0159962, jul. 2016.
- [134] Instituto Nacional de Estadística, INE, «Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)». [En línea]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/epf_prensa.htm. [Accedido: 29-sep-2018].

- [135] Instituto Nacional de Estadística, INE, «Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)». [En línea]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608. [Accedido: 29-sep-2018].
- [136] Cáritas, «Fundación FOESSA». [En línea]. Disponible en: <http://www.foessa.es/>. [Accedido: 29-sep-2018].
- [137] M. S. Cardona, «ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017», p. 37, 2017.
- [138] C. Díaz-Méndez, I. García-Espejo, y S. Otero-Estévez, «Discursos sobre la escasez: estrategias de gestión de la privación alimentaria en tiempos de crisis», *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, n.o 40, p. 85, may 2018.
- [139] Truninger, M. y Díaz-Méndez, C., «Poverty and Food Insecurity», en *Routledge Handbook on Consumption*, London: Routledge, 2017, pp. 271-281.
- [140] Otero, S. y García-Espejo, I., «Alimentación en contexto de pobreza: estrategias de supervivencia y gestión de la privación», en *Actas XII Congreso Español de Sociología*, Gijón, 2016.
- [141] K. Edin, «Surviving the Welfare System: How AFDC Recipients Make Ends Meet in Chicago», *Social Problems*, vol. 38, n.o 4, pp. 462-474, nov. 1991.
- [142] S. Y. Conrad, K. Edin, y L. Lein, «Making Ends Meet: How Single Mothers Survive Welfare and Low-Wage Work», *Journal of Public Health Policy*, vol. 18, n.o 4, p. 480, 1997.
- [143] E. F. Whiting y C. Ward, «Food provisioning strategies, food insecurity, and stress in an economically vulnerable community: the Northern Cheyenne case», *Agriculture and Human Values*, vol. 27, n.o 4, pp. 489-504, dic. 2010.
- [144] Espeitx, E y Cáceres, J., «Los comportamientos alimentarios de mujeres en precariedad económica: entre la privación y el riesgo de malnutrición», *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, n.o 34, pp. 127-146., 2011.
- [145] C. Heflin, A. S. London, y E. K. Scott, «Mitigating Material Hardship: The Strategies Low-Income Families Employ to Reduce the Consequences of Poverty*: MITIGATING MATERIAL HARDSHIP», *Sociological Inquiry*, vol. 81, n.o 2, pp. 223-246, may 2011.
- [146] B. Galobardes, A. Morabia, y M. S. Bernstein, «Diet and socioeconomic position: does the use of different indicators matter?», *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, n.o 2, pp. 334-340, abr. 2001.
- [147] N. Darmon y A. Drewnowski, «Does social class predict diet quality?», *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 87, n.o 5, pp. 1107-1117, may 2008.
- [148] Peretti, M.I, Romero, M. M., y Rovetto, A., «Obesidad en la Pobreza. Prácticas y representaciones asociadas a esta patología en sectores de bajos recursos», *Invenio: Revista de investigación académica*, n.o 23, pp. 81-94, 2009.
- [149] F. X. Medina, A. Aguilar, y D. Fornons, «Alimentación, cultura y economía social. Los efectos de la crisis socioeconómica en la alimentación en Cataluña (España)», *Sociedade e Cultura*, vol. 18, n.o 1, abr. 2016.
- [150] J. C. Jones-Smith, P. Gordon-Larsen, A. Siddiqi, y B. M. Popkin, «Cross-National Comparisons of Time Trends in Overweight Inequality by Socioeconomic Status Among Women Using Repeated Cross-Sectional Surveys From 37 Developing Countries, 1989–2007», *American Journal of Epidemiology*, vol. 173, n.o 6, pp. 667-675, mar. 2011.
- [151] N. L. DeBono, N. A. Ross, y L. Berrang-Ford, «Does the Food Stamp Program cause obesity? A realist review and a call for place-based research», *Health & Place*, vol. 18, n.o 4, pp. 747-756, jul. 2012.
- [152] E. Berdysheva y R. Romanova, «Social Architectonics of Market Prices: Basic Principles of Russian Consumer Price Perception (A Moscow Case Study)», *Problems of Economic Transition*, vol. 59, n.o 4, pp. 239-264, abr. 2017.
- [153] Stolcke, V., «¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?», *Mientras tanto*, n.o 48, pp. 87-111, 1992.
- [154] Esteban, M. Luz, «El estudio de la Salud y el Género: Las ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista», *Salud colectiva*, vol. 2, n.o 11, 2006.
- [155] Muruaga, S., «Una perspectiva feminista sobre la anorexia nerviosa», www.elplural.com, 2016. [En línea]. Disponible en: <https://tribunafeminista.elplural.com/2016/08/una-perspectiva-feminista-sobre-la-anorexia-nerviosa/>.

- [156] Madruga Acerete, Diana, Leis Trabazo, Rosaura, y Lambruschini Ferri, Nilo, «Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.», en Protocolo AEPEd., .
- [157] Camas García, F., «Los hombres dicen que el trabajo doméstico no va con ellos», 2016. .
- [158] Rivera, M. y Álvarez, I., «Del enfoque mercantil a la centralidad de la vida, un cambio urgente para las mujeres», en Vencer la crisis alimentaria mundial, Observatorio del derecho a la alimentación y nutrición, 2017.
- [159] Moreno, S., «Los derechos de las mujeres en el medio rural y la lucha por la Soberanía alimentaria», El Clarión, n.o 49, pp. 24-27, 2018.
- [160] Boletín Oficial del Estado, Ley 8/2015, de 15 de octubre, del Estatuto de las Mujeres Agricultoras. p. 15.
- [161] Diputación de Bizkaia, «Informe de identificación de necesidades y obstáculos encontrados por las mujeres víctimas de violencia de género del área rural de Bizkaia en el acceso efectivo a los servicios y prestaciones de apoyo, atención y justicia», 2015.
- [162] ONU, Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948.
- [163] F. Fernández Such, «Políticas públicas para la Soberanía Alimentaria 2002-2012. Avances y retrocesos en el diseño y aplicación. Análisis internacional.», 2011. [En línea]. Disponible en: http://www.regresandoalfuturo.org/wp-content/uploads/2018/01/politicas_publicas_para_la_sa._analisis_internacional.pdf. [Accedido: 25-jul-2018].
- [164] ONU «Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales», oct. 2014.
- [165] ONU, «El derecho a una alimentación adecuada (art. 11) : . 12/05/99. E/C.12/1999/5, CESCR OBSERVACION GENERAL 12.», Consejo Económico y Social, may 1999.
- [166] FAO, «Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada en el contexto de la seguridad alimentaria nacional», p. 49, 2004.
- [167] H. Elver, «El acceso a la justicia y el derecho a la alimentación: el camino a seguir», ONU, ene. 2015.
- [168] ONU, Derecho a la alimentación. 2017.
- [169] OCDE y European observatory on Health Systems and Policies, «State of Health in the EU España Perfil Sanitario del país 2017».
- [170] J. Kufuor, J. Beddington, A. Adesina, T. Arnold, J. Graziano, y A. Kalibata, «Healthy diets for all: A key to meeting the SDGs», p. 20, nov. 2017.
- [171] E. Andradas Aragonés, «Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)». .
- [172] OMS, «Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020». 05-jul-2013.
- [173] WHO, «European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020», jun. 2014.
- [174] Diario Oficial de la Unión Europea, Versión Consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.
- [175] OMS, «Declaración de Shangai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible». 24/11-2016.
- [176] DG SANTE, «State of Health in the EU Companion Report 2017», European Commission's Directorate-General of Health and Food Safety, 2017.
- [177] European Commission y Directorate-General Communication, Seguridad alimentaria: de la granja a la mesa : alimentos sanos y seguros para todos. Luxembourg: Publications Office, 2014.
- [178] European Commission, «EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020», feb. 2014.
- [179] Boletín Oficial del Estado, Constitución Española. 1978, p. 51.
- [180] Boletín Oficial del Estado, Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. p. 48.
- [181] AESAN, estrategia NAOS: para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: AESAN, 2005.
- [182] «Aecosan - Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición». [En línea]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm. [Accedido: 05-jul-2018].

- [183] Boletín Oficial del Estado, Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. p. 32.
- [184] Boletín Oficial del Estado, «Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición», jul. 2011.
- [185] M. Á. Díaz, A. A. Gómez, y I. R. Aguilar, «Objetivos vinculados a la alimentación saludable y actividad física en los planes de salud de las Comunidades Autónomas», p. 33.
- [186] T. Robledo, «10 años estrategia NAOS», presentado en IX Convención NAOS.
- [187] M. de S. MSSSI Servicios Sociales e Igualdad, «Estrategia de Promoción de la Salud», 2014.
- [188] M. de S. MSSSI Servicios Sociales e Igualdad, «Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS», Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de Enero de 2015, 2015.
- [189] Red Española de Ciudades Saludables, «Red Española de Ciudades Saludables». .
- [190] F. Díaz Latorre, Estebaranz Berzal, y P. Lozano Conejo, «Buenas prácticas sobre experiencias desarrolladas por los Gobiernos Locales para contar con Ciudades Más Saludables», p. 188, 2012.
- [191] L. A. López-Giraldo y Á. Franco-Giraldo, «Revisión de enfoques de políticas alimentarias: entre la seguridad y la soberanía alimentaria (2000-2013)», *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 31, n.o 7, pp. 1355-1369, jul. 2015.
- [192] Fernández Such, F., «Innovaciones legislativas y nuevos retos del sector agrario en España», en *Agricultura Familiar en España. Anuario 2018*, UPA., 2018.
- [193] FAO y OMS, «Declaración de Roma sobre la Nutrición», Roma, Documento final de la Conferencia, 21/11 2014.
- [194] ONU, «Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025)». 01-abr-2016.
- [195] Reglamento (CE) N°178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de enero de 2002 por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria.
- [196] Reglamento (CE) N° 1924/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de diciembre de 2006.
- [197] Reglamento (UE) no 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor y por el que se modifican los Reglamentos (CE) no 1924/2006 y (CE) no 1925/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, y por el que se derogan la Directiva 87/250/CEE de la Comisión, la Directiva 90/496/CEE del Consejo, la Directiva 1999/10/CE de la Comisión, la Directiva 2000/13/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, las Directivas 2002/67/CE, y 2008/5/CE de la Comisión, y el Reglamento (CE) no 608/2004 de la Comisión. Texto pertinente a efectos del EEE.
- [198] A. Kompatscher, «Dictamen del Comité Europeo de las Regiones – Hacia una política alimentaria sostenible de la UE que genere empleo y crecimiento en las regiones y ciudades de Europa», p. 5.
- [199] C. Clement, «Towards a Common Food Policy for the EU_17.05», p. 44.
- [200] REDINAM, «Municipalismos y Agroecología», 2017.
- [201] E. O. Verger et al., «A “Fork-to-Farm” Multi-Scale Approach to Promote Sustainable Food Systems for Nutrition and Health: A Perspective for the Mediterranean Region», *Frontiers in Nutrition*, vol. 5, may 2018.
- [202] Moragues, A. et al., «Urban Food Strategies: the rough guide to sustainable food systems.», Document developed in the framework of the FP7 project FOODLINKS (GA No. 265287), 2013.
- [203] High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition, HLPE, «Nutrition and food systems», sep. 2017.
- [204] Ajuntament de Barcelona, «Estratègia d'impuls de la Política Alimentària 2016-2019». .
- [205] «Estrategia de Alimentación Saludable y Sostenible 2018-2020: Madrid Alimenta-Alimenta Madrid», Ayuntamiento de Madrid, Madrid, 2018.
- [206] Ayuntamiento de Vitoria Gasteiz, «Estrategia Agroalimentaria de Vitoria-Gasteiz: PLAN DE ACCIÓN MUNICIPAL 2017-2025», Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Vitoria-Gasteiz, dic. 2017.
- [207] Ajuntament de València, «Estrategia Agroalimentaria València 2025». 25-jul-2018.
- [208] Associació Arran de Terra, «Pla d'Acció per promoure la transició agroecològica a Collserola». 2018.

- [209] Amsterdam, «Amsterdam Healthy Weight Programme», Amsterdam.nl. [En línea]. Disponible en: <https://www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/amsterdam-healthy/>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [210] «Food strategy Ghent: Gent en garde», Stad Gent. [En línea]. Disponible en: <https://stad.gent/ghent-international/city-policy/food-strategy-ghent/food-strategy-ghent-gent-en-garde>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [211] «Regolamento Comunale delle Commissioni Mensa e della Rappresentanza Citt....pdf». [En línea]. Disponible en: http://www.milanoristorazione.it/files/Files_PDF/Regolamento%20Comunale%20delle%20Commissioni%20Mensa%20e%20della%20Rappresentanza%20Citt....pdf. [Accedido: 19-jul-2018].
- [212] «Milano Ristorazione». [En línea]. Disponible en: <http://www.milanoristorazione.it/>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [213] «Portale della Ristorazione scolastica della Città di Torino». [En línea]. Disponible en: <http://www.comune.torino.it/servizieducativi/ristorazione scolastica/>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [214] «Défi des Familles À Alimentation Positive». [En línea]. Disponible en <https://www.famillesalimentationpositive.fr/> [Accedido: 27-sep-2018].
- [215] «L'autosuffisance alimentaire à Albi | Albi». [En línea]. Disponible en: <http://www.mairie-albi.fr/lautosuffisance-alimentaire-%C3%A0-albi>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [216] B. C. Council, «Childhood obesity | Birmingham City Council». [En línea]. Disponible en: https://www.birmingham.gov.uk/downloads/download/1693/childhood_obesity. [Accedido: 27-sep-2018].
- [217] «Home - Bristol Healthy Schools - bristol.gov.uk». [En línea]. Disponible en: <https://www.bristol.gov.uk/web/bristol-healthy-schools/home>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [218] «NY Food Access - Food Policy». [En línea]. Disponible en: <https://www1.nyc.gov/site/foodpolicy/initiatives/food-access.page>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [219] «Food Projects», City of Toronto, 15-nov-2017. .
- [220] «Alcaldía de Medellín», Alcaldía de Medellín. [En línea]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://6e5d97431bda9854a432a02d04ca35ad>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [221] «Establish Local Food Supply System and Increase Consumption». [En línea]. Disponible en: <http://www.mafra.go.kr/english/1487/subview.do>. [Accedido: 27-sep-2018].
- [222] MUFPP, «Milan Pact: a new global arena». 2018.
- [223] OMS, «Urban and Peri-Urban Food and Nutrition Action Plan», 2001.
- [224] T. Forster, F. Egal, H. Renting, M. Dubbeling, y A. G. Escudero, Milan Urban Food Policy Pact. Selected Good Practices from Cities. 2015.

