

LA OBESIDAD EN LA POBREZA: VIOLACIÓN AL DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

Posgrado a Distancia en Obesidad

Universidad de Favaloro

Argentina

Lic. Nut. Andrea Isunza Vera
Correo-e: aisunzav@hotmail.com

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	3
I. OBESIDAD.....	4
I.1. Definición	4
I.2. Clasificación.....	5
I.3. Métodos de valoración para el diagnóstico	7
I.4. Factores determinantes de la obesidad	10
I.5. La obesidad como factor de riesgo de otras patologías.....	10
I.6. La obesidad como problema de salud pública	10
II. POBREZA	14
II.1. Definición	14
II.2. Enfoques sobre la investigación de la pobreza	15
II.3. Tipos de pobreza	16
II.4. Métodos de medición	16
II.5. Panorama mundial de la pobreza	18
III. OBESIDAD EN LA POBREZA.....	22
III.1. Características generales	22
III.2. Factores determinantes de la obesidad en la pobreza.....	24
III.3. Epidemiología de la obesidad en la pobreza	29
IV. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN	33
IV.1. Introducción a los Derechos Humanos	33
IV.2. Derecho a la Alimentación	35
CUADROS.....	44
Cuadro No. 1	44
Cuadro No. 2	45
Cuadro No. 3	46
Cuadro No. 4	47
CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA	50

I.

INTRODUCCIÓN

La presente monografía es un estudio sobre la obesidad en la pobreza y el derecho humano a la alimentación.

La óptica general de la investigación es la Salud Pública, considerando a ésta como la ciencia y el arte de encaminar esfuerzos colectivos para promover, proteger y restaurar la salud de la población.

La Salud Pública considera en su disertación el enfoque multidisciplinar; por tanto, para abordar los diferentes temas hemos echado mano de diferentes disciplinas como son la Biología, Medicina, Nutrición, Epidemiología, Economía, Antropología, incluso del Derecho.

Asimismo, hemos incluido el enfoque de los derechos humanos, especialmente el derecho a la alimentación, entendiendo que los derechos humanos son una herramienta para promover y defender la salud, ya que consideramos que un rasgo más de la Salud Pública es la visión de justicia social.

Para una mejor comprensión de diferentes conceptos interrelacionados, hemos estructurado este trabajo en cuatro grandes apartados:

Encontramos, en primer término, un compendio específico sobre Obesidad. Incluimos definiciones, diferentes clasificaciones, los métodos más comunes para su diagnóstico, algunos factores determinantes de la patología, así como la obesidad misma como factor de riesgo. Para completar este breve repaso se menciona por qué es considerada la obesidad, hoy día, como un problema de salud pública.

En un segundo apartado entramos a una investigación sobre Pobreza. Comenzamos con algunas definiciones y enunciando los diferentes enfoques para la investigación de la misma. Mencionamos los diferentes tipos de pobreza, así como los diversos métodos de medición. Concluimos esta sección con el panorama mundial de la pobreza.

Con los dos apartados anteriores redondeamos y entramos de lleno con el capítulo específico de Obesidad en la Pobreza. Explicamos las características generales, así como los factores determinantes de la misma. Finalmente exponemos la epidemiología de la obesidad en la pobreza.

La cuarta y última parte, hace referencia al derecho a la alimentación, para lo que hacemos una breve introducción a los derechos humanos, clasificación y obligaciones de los Estados. Definimos el concepto de Derecho a la alimentación y explicamos la inseguridad alimentaria; asimismo mencionamos cuándo hablamos de violación al derecho a la alimentación y qué es posible hacer para defender este derecho.

II. OBESIDAD

II.1. Definición

Existen infinidad de definiciones de Obesidad, ahora exponemos cuatro, las cuales analizaremos más adelante:

La obesidad se define como un exceso en la cantidad de grasa o tejido adiposo, que se acompaña de una elevación en la relación peso-talla. La obesidad se asocia a un exceso en el número de adipocitos, a un excesivo tamaño de éstos o a ambos procesos. (1)

La obesidad es un es un exceso de grasa corporal que se genera cuando el ingreso energético (el alimento) es superior al gasto energético, determinado principalmente por la actividad física, durante un periodo suficientemente largo. Este desequilibrio se ve influenciado por la compleja interacción de factores genéticos, conductuales y del ambiente físico y social. (2)

La obesidad es el exceso de grasa o tejido adiposo corporal, (generalmente acompañado de exceso de peso), cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. (3)

La obesidad, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una condición compleja, con dimensiones psicológicas y sociales que afectan a las personas de todas las edades, en todos los niveles socioeconómicos de naciones desarrolladas y en vías de desarrollo, por lo que es importante trabajar en su prevención como un problema de salud pública de alta prioridad.

Como podemos observar, en las tres primeras definiciones expuestas se menciona un exceso de grasa o tejido adiposo corporal aumentado; sin embargo, cada una tiene una visión analítica diferente:

Por ejemplo, en la primera definición encontramos un enfoque anatómico, ya que hace referencia al acompañamiento de una elevación en la relación peso-talla; así como al aumento en el tamaño y/o en número de adipocitos.

Desde una óptica etiológica integral se enuncia la segunda definición al referirse al desequilibrio energético influenciado por la interacción de factores diversos.

La tercera definición implica la salud del individuo, condicionada a la magnitud o distribución de la obesidad. Su propuesta incluye, una visión clínica al observar la obesidad como una enfermedad en sí o un factor de riesgo para otras morbilidades.

Por último, en la cuarta definición, mencionada por la OMS, encontramos que toma en consideración la dimensión psicosocial y económica, así como la

alarmante incidencia de la obesidad sin discriminación geográfica, ni estrato socioeconómico; por lo que, desde una perspectiva de salud pública, su prioridad es la prevención de la misma.

Existen diferentes clasificaciones de la obesidad, dependiendo del criterio que se adopte como referencia.

II.2. Clasificación

Entre las clasificaciones más empleadas destacan las que aluden al número y tamaño de los adipocitos, a la edad de comienzo, a la distribución predominante del cúmulo adiposo, a la magnitud de la obesidad, a las complicaciones que se deriven de la misma y a la causa que la origina.

II.2.1. Clasificación según el número de adipocitos

Obesidad hiperplásica. Caracterizada por presentar un gran número de adipocitos. Se corresponde con obesidades de inicio infantil o puberal.

Obesidad hipertrófica. Cursa con un aumento en el tamaño de adipocitos. Esta clase de obesidad es la que se desarrolla en la edad adulta.

II.2.2. Clasificación según la edad de comienzo

Obesidad infantil o puberal. Como su nombre lo indica, aparece en la etapa prepuberal o puberal. Con frecuencia da lugar a obesidad en la edad adulta.

Obesidad de comienzo en edad adulta. Con el discurrir de los años aumenta la incidencia de obesidad. Otros factores ambientales, especialmente el sedentarismo, y sociales, contribuyen a explicar este tipo de obesidad.

II.2.3. Clasificación según la distribución predominante del acúmulo graso

Obesidad de predominio abdominal o androide. El acúmulo graso tiene lugar a nivel abdominal, incrementando de forma notable el perímetro de la cintura. Con predisposición especialmente a la hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipertrigliceridemia e insulinoresistencia. Con elevado riesgo vascular, afectando tanto al terreno coronario como cerebral.

Obesidad de predominio en caderas o ginecoide. En contraste con la anterior, el acúmulo es predominante en la cintura pelviana, lo que da lugar a un aumento en el perímetro de la cadera.

II.2.4. Clasificación según la magnitud de la obesidad

Índice de Masa Corporal (IMC) o Body Mass Index (BMI), en inglés. También conocido como índice de Quetelet es el método más empleado para clasificar la obesidad según su magnitud. Su uso se ha extendido internacionalmente

Con la ayuda de este índice es posible disponer de una medida de la proporción entre talla y peso..

Este parámetro se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado.

La Organización Mundial de la Salud basa su clasificación de los distintos grados de obesidad en el Índice de Masa Corporal.

Clasificación de la obesidad según el IMC		
Criterios de obesidad de la OMS (1998) aceptados por consenso		
Peso	IMC	Riesgo
Bajo peso	< 18.5	Bajo
Normal	18.5 – 24.9	Peso normal (<i>saludable</i>)
Preobesidad	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 – 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 – 39.9	Severo
Obesidad grado III	≥ 40	Muy severo (<i>obesidad mórbida</i>)

II.2.5. Clasificación etiológica de la obesidad

La obesidad tiene una etiología multifactorial, por tanto es muy difícil contar con una clasificación pura de las causas de la obesidad. La siguiente clasificación más que una división de diferentes tipos de obesidad, es una lista que enumera los factores potencialmente contributivos al desarrollo de la misma.

Obesidad genética. Se engloban una serie de síndromes congénitos, que cursan con obesidad como es el síndrome de Prader-Willi (obesidad, retraso mental, acromicria, hipogonadismo), síndrome de Lawrence-Moon-Bield (obesidad, retraso mental, retinitis pigmentaria, hipogonadismo, polidactilia) y síndrome de Alstrom, entre otros.

Los escasos casos descritos de obesidad familiar debida a leptinodeficiencia o leptinorresistencia, pueden incorporarse a este grupo.

Obesidad de causa endocrinológica. Son casos en los que el exceso de peso tiene como causa una alteración hormonal. Se incluyen el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, la insulinoma y el síndrome del ovario poliquístico.

Obesidad iatrogénica. Es la que se debe a diversos tratamientos farmacológicos. Los neurolépticos y psicotrópicos, especialmente los que tienen un efecto bloqueante dopaminérgico, glucocorticoides, hidrácida, antiserotoninérgicos y estrógenos promueven, a través de diferentes mecanismos, el aumento de peso.

Obesidad de causa neurológica. Tanto los procesos primariamente cerebrales, como las intervenciones quirúrgicas sobre el sistema nervioso central, son potenciales causantes de alteraciones en el centro de saciedad y del hambre, pudiendo favorecer en tal caso la obesidad por sobreingesta.

Obesidad causada por sobreingesta y por sedentarismo. Constituye el 99% de todos los casos de obesidad en los que se produce un desequilibrio en el balance energético. No es infrecuente que se asocien de manera primaria o secundaria, alteraciones psicopatológicas de tipo ansiedad-depresión, que dan lugar a alteraciones dentro del comportamiento alimentario.

II.3. Métodos de valoración para el diagnóstico

Para la evaluación de la obesidad se pueden utilizar diversas técnicas como son:

Los métodos antropométricos, densitometría, técnicas dilucionales, impedanciometría, activación de neutrones, absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA), resonancia magnética (RM), tomografía axial computarizada (TAC), etc.

II.3.1. Métodos antropométricos

Antropometría literalmente significa "la medida del hombre". Su aplicación al estudio de la obesidad constituye el método menos costoso y mas ampliamente usado para la medición de la composición corporal tanto en estudios clínicos como epidemiológicos. Entre las medidas antropométricas consideradas más útiles en la valoración de la obesidad se incluyen, talla, peso, índice de masa corporal, circunferencias, índice cintura-cadera, pliegues cutáneos, y diámetro sagital.

A continuación explicamos algunos de los más utilizados y aceptados internacionalmente:

Índice de Masa Corporal (IMC)

El método internacionalmente admitido para confirmar o descartar la presencia de obesidad es el cálculo del Índice de Masa Corporal o índice de Quetelet.

El peso para la talla tiene buena correlación con la grasa corporal; sin embargo el IMC no distingue entre peso asociado con músculo y peso asociado a grasa. El IMC se calcula con la siguiente ecuación:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (en kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (en m)}}$$

Índice Cintura-Cadera (ICC)

El ICC ha sido el índice más ampliamente usado para clasificar anatómicamente a la obesidad en androide y ginecoide. La medición de las circunferencias se realiza con una cinta métrica, en posición de pie. La cintura se mide por debajo del reborde costal y por encima de la cresta ilíaca, tomándose la menor medición a este nivel. Se considera como circunferencia glútea la mayor medición realizada a nivel de la prominencia glútea. El índice cintura cadera se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{ICC} = \frac{\text{circunferencia abdominal}}{\text{circunferencia glútea}}$$

La obesidad androide o central se caracteriza por un acúmulo de grasa en tronco y abdomen. La ginoide o periférica, distribuye la grasa fundamentalmente en el área glúteo-femoral. La obesidad androide se asocia a una serie de complicaciones metabólicas, tales como hiperinsulinismo, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, gota, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. (4)

Perímetro de Cintura y Riesgo de Complicaciones metabólicas. (OMS)

	Riesgo normal	Riesgo moderadamente aumentado
Hombres	> 0,94 cm.	> 0,102 cm.
Mujeres	> 0,80 cm.	> 0,88 cm.

II.3.2. Estimación de grasa corporal mediante análisis de composición corporal

La composición corporal es medida con el fin de determinar el porcentaje de masa grasa corporal (MGC) y el de masa magra (MM) o masa libre de grasa (MLG). A menudo MM y MLG son términos usados de una forma intercambiable, no obstante MLG además de incluir las porciones no grasas del cuerpo humano, incluye también los depósitos de grasa esencial, los cuales están formados por aquella grasa asociada con la médula ósea, con el sistema nervioso central y órganos internos. En la mujer, además, hay que añadir la grasa asociada a las glándulas mamarias y a la región pélvica. (5)

Algunas de las técnicas empleadas para el análisis de composición corporal son las siguientes:

Densitometría

Esta técnica es generalmente considerada como "gold standard" para la estimación de la grasa corporal. Se basa en el principio de que podemos deducir la composición relativa a una mezcla de dos componentes de diferente densidad si conocemos la densidad de cada componente por separado y de la mezcla. Por lo tanto, podemos deducir la composición de grasa del organismo si conocemos la densidad de la grasa, de la masa libre de grasa y del propio sujeto.

Impedancia bioeléctrica

La determinación de la composición corporal por medio de la impedancia bioeléctrica se basa en el hecho de que una corriente de alta frecuencia, bajo voltaje e intensidad se conduce de forma diferente por la grasa, la cual actúa como un aislante, que por la masa libre de grasa, donde el agua y electrolito actúan como buenos conductores.

Absorciometría de fotones de doble energía (DEXA)

Es un método que puede ser utilizado en la edad pediátrica. Se aplican rayos de doble energía a través de los tejidos y se mide la atenuación relativa de éstos que depende de su composición elemental. En la actualidad es un método caro y necesita personal especializado.

Técnicas de imagen

La tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten tener una valoración tridimensional del tejido graso y del tejido no graso. Son métodos restringidos a la investigación por su coste.

Análisis de activación de neutrones

Su aplicabilidad está limitada por la cantidad de radiación a la que son expuestos los pacientes. (6)

II.4. Factores determinantes de la obesidad

La obesidad es una patología multifactorial. en la que se encuentran implicados elementos nutricionales, ambientales, psicológicos, y genéticos; así como aspectos socioeconómicos y culturales, sedentarismo o disminución de la actividad física y cambios poco recomendables en los patrones alimentarios. ¹

II.5. La obesidad como factor de riesgo de otras patologías

El exceso de peso se asocia diversas patologías como son: hipertensión, enfermedad cardiovascular, Diabetes, cáncer de colon, mama y endometrio; osteoartritis, afecciones de la vesícula biliar, entre otras.

II.6. La obesidad como problema de salud pública

La obesidad es una de las afecciones metabólicas más frecuentes en la actualidad. Mil millones de personas padecen obesidad o sobrepeso en todo el mundo. Además de la acumulación adiposa, su elevada morbimortalidad la convierten en uno de los principales problemas de salud a los que se enfrenta la sociedad actual.

La Organización Mundial de la Salud no ha dudado en darle el apelativo de Epidemia del siglo XXI, no en vano es un patología que está alcanzando proporciones epidémicas no estando limitada a los países más desarrollados. (7)

En su Informe sobre la salud en el mundo 2002, la Organización Mundial de la Salud clasificaba a la obesidad entre los 10 riesgos principales para la epidemia se ha documentado muy bien y se ha estudiado ampliamente en los Estados Unidos, donde ya desde comienzos de los sesenta, casi la mitad de los americanos tenía exceso de peso y más del 13 por ciento era obeso. Sin embargo, Estados Unidos no se encuentra a la cabeza de la carrera mundial de la Obesidad. Esta distinción la tiene Samoa, donde dos tercios de todas las mujeres y la mitad de los hombres son obesos.

¹ Para más detalles ver URL: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/es/v10n2-Editorial.pdf>

En América, Canadá sigue a los Estados Unidos, ya que el 50 por ciento de los adultos tiene sobrepeso y el 13,4 es obeso. Pero los datos de Argentina, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay muestran que más de la mitad de su población tiene sobrepeso y más del 15 por ciento es obeso. Y más inquietante es aún la tendencia que se está acentuando entre los niños. Actualmente, en el continente americano, se ha duplicado en 20 años el número de niños estadounidenses que tienen exceso de peso. En Chile, México y Perú, la cifra es alarmante, ya que uno de cada cuatro niños, de 4 a 10 años de edad, tiene sobrepeso o es obeso.

La obesidad aumenta significativamente el riesgo de padecer ciertos trastornos de salud. Algunos de ellos ponen en peligro la vida:

Las personas obesas tienen un riesgo de 50 a 100 por ciento mayor de morir de todas las causas en comparación con la gente de peso adecuado. Entre los adultos jóvenes (25 a 35 años), la obesidad grave aumenta el riesgo de muerte por un factor de 12.

Para las personas obesas, el riesgo de sufrir de enfermedad coronaria, presión arterial elevada, artritis de las rodillas y gota se duplica.

La obesidad duplica el riesgo de cáncer de mama, de endometrio o de colon, así como de trastornos hormonales, problemas de fecundidad y defectos del feto.

El riesgo de diabetes y enfermedad de la vesícula es tres veces mayor para las personas obesas. Se ha demostrado que la distribución de la grasa corporal y los niveles de actividad física tienen sus propios efectos independientes sobre la salud.

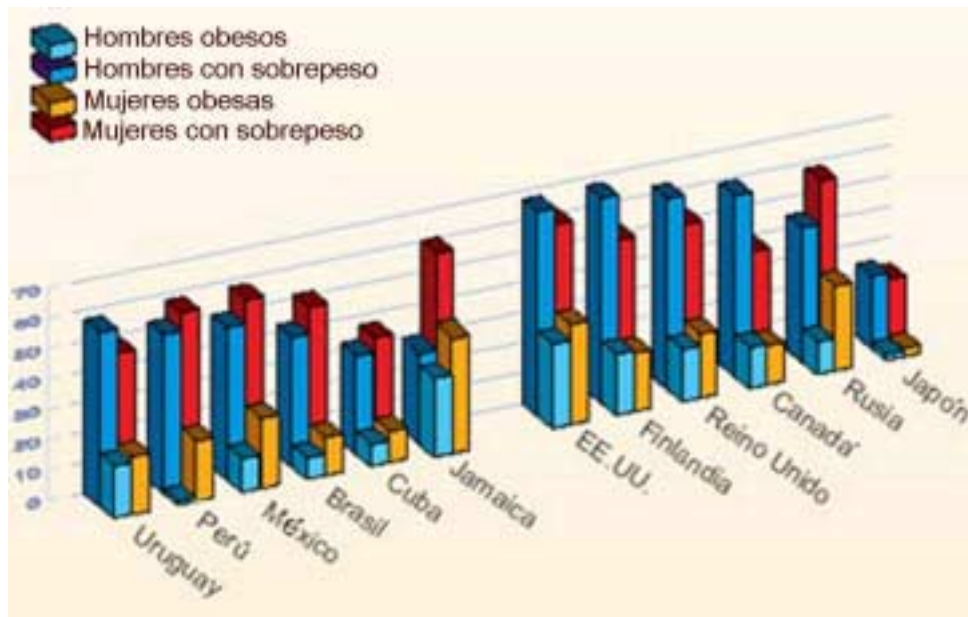
La grasa abdominal profunda -en contraste con la grasa concentrada en las caderas, las nalgas y los muslos- aumenta el riesgo, tanto de enfermedad cardíaca como de diabetes.

La inactividad física, independientemente de la grasa corporal, aumenta el riesgo de diabetes, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, presión arterial elevada y de cáncer cervicouterino, ovárico, vaginal o de colon.

Las diferencias de género complican aún más el cuadro. En general, las mujeres tienden a tener mayores tasas de obesidad que los hombres. Pero las tasas de sobrepeso son mayores en hombres en países desarrollados, pero mayores para las mujeres en los países en desarrollo. Además, en muchos países en desarrollo, la relación entre estatus económico y obesidad es positiva para los hombres pero negativa para las mujeres. (8)

En la siguiente gráfica se puede apreciar más claramente las tendencias de sobrepeso y obesidad que presentan los hombres y las mujeres de 12 países del mundo:

OBESIDAD Y SOBREPESO, SEGÚN GÉNERO Y PAÍSES



Fuente: OMS. 1999-2000

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. **Martínez, Alfredo J. y col.** *Alimentación y Salud Pública*. Cap. 21 Obesidad, Mc. Graw-Hill. Interamericana, España, 2002, pp-189
2. **Peña, Manuel y Bacallao, Jorge.** “La obesidad y sus tendencias en la región”, *Revista Panamericana Salud Pública*, OPS, vol. 10, núm. 2, 2001. pp.75-78
3. **Braguinsky, Jorge y col.** *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*, cap. 2 Definición y medios diagnósticos, El Ateneo, 1996.
4. **Moreno G, Manuel.** “Diagnóstico de obesidad y su métodos de Evaluación”, *Boletín de la Escuela de Medicina*. Universidad Católica de Chile. Vol. 26, no.1, 1997. (URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/obesidad/DiagnosticoObesidad.html>)
5. **Cuesta, Antonio.** “Obesidad. Medición de la Grasa Corporal”, *El Médico Interactivo*. Diario Electrónico de Sanidad. Núm. 892, 2002. (URL: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema12/obesidad3.htm>)
6. **Lama More, R.A.** “Metodología para valorar el estado nutricional”. En *Anales de Pediatría*. Asociación Española de Pediatría. Vol. 55, Núm. 03, Septiembre 2001. pp. 256 – 259 (URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13018059>)
7. **Vázquez Sánchez, Raquel y López Alemany, José Ma.** “Obesidad: La epidemia del Siglo XXI”. *Revista Española de Economía de la Salud*, vol.1, núm. 3), Sept-Oct, 2002.
8. **Eberwine, Donna.** “Globesidad: una epidemia en apogeo”, *Perspectivas de Salud*. Revista de la Organización Panamericana de la Salud, vol. 7, Núm. 3, 2002. pp. 1-7

III. POBREZA

“La pobreza es un insulto. La pobreza huele mal, degrada, deshumaniza, destruye el cuerpo y a la mente...o el alma. Es la forma más mortífera de violencia”

Mahatma Gandhi

III.1. Definición

La antropóloga Pilar Requena menciona que la pobreza es la situación de la población que padece escasez de recursos y que sufre un acceso limitado y dependiente a ellos. (1)

Para fines de estudio de Desarrollo Humano, la PNUD ², clasifica a la pobreza en:

Pobreza de ingreso. Definida por la privación de una sola dimensión, el ingreso, ya sea porque se considera que ese es el único empobrecimiento que interesa o que toda privación puede reducirse a un denominador común.

Pobreza humana. Caracterizada por el empobrecimiento en múltiples dimensiones como la privación en cuanto a una vida larga saludable, en cuanto a conocimiento, en cuanto a un nivel decente de vida, en cuanto a participación. Este concepto considera que la falta de ingreso suficiente es un factor importante de privación humana, pero no el único.

Otro concepto de pobreza expone que ésta es una condición socioeconómica y política en la cual las personas viven con muy bajos niveles de bienestar. ³ (2-3)

En otras palabras, la pobreza es estar enfermo y no poder ser atendido por un médico. La pobreza es no tener un techo, no poder ir a la escuela. La pobreza es hambre, malnutrición, desigualdad e injusticia social. (4)

² PNUD. Ver sitio web: <http://www.unpd.org>

³ El bienestar de los hogares o personas depende de las siguientes seis fuentes: 1) el ingreso corriente; 2) los activos no básicos y la capacidad de endeudamiento del hogar; 3) el patrimonio familiar, concebido como el conjunto de activos y bienes durables que proporcionan servicios básicos a los hogares (vivienda y equipamiento doméstico básico); 4) el acceso a bienes y servicios gratuitos (consumo público); 5) los conocimientos de las personas, considerados no como medio para la obtención de ingresos, sino como satisfactores directos de la necesidad humana de entendimiento, y 6) el tiempo libre disponible.

III.2. Enfoques sobre la investigación de la pobreza

Las diversas interpretaciones elaboradas en torno al estudio de la pobreza y sus respectivos métodos de medición pueden agruparse en tres grandes perspectivas:

III.2.1. Enfoque indirecto o de subsistencia

Estudia las causas de la pobreza a partir de la carencia de recursos, esencialmente ingresos, capital físico y humano. La falta de ingresos es considerada como causa indirecta de la pobreza.

Para este enfoque, la pobreza se caracteriza como una condición en la cual el individuo, o la familia, carecen de ingresos necesarios y suficientes para vivir adecuadamente, conforme a las normas socialmente establecidas en una comunidad, región o país, en un momento determinado.

III.2.2. Enfoque directo: de manifestaciones de la pobreza o insatisfacción de necesidades básicas

Analiza la pobreza a través de sus manifestaciones, centrando su atención en las formas y condiciones de vida, las costumbres y actitudes de los pobres. Todo ello para detectar si satisfacen las necesidades básicas. Las necesidades básicas comprenden una canasta mínima de consumo individual o familiar (alimentos, vivienda, vestido, artículos del hogar; acceso a servicios básicos como salud, educación, agua potable, alcantarillado, recolección de basura, energía y transporte público).

III.2.3. El enfoque de las capacidades

Incorpora la explicación estructural de las causas de la pobreza, pero la supera conforme introduce en la compleja problemática de este fenómeno la perspectiva de la libertad a la par que el desarrollo económico.

Se denomina capacidades básicas a un conjunto de funciones básicas que todo individuo debe tener para participar mínimamente en distintas actividades sociales.

Tales funciones básicas son: adecuada nutrición, buena salud y educación básica.

En suma, este conjunto de capacidades permite a toda persona participar en la vida económica, social y política de su comunidad en particular, y de su país en general.

El concepto de capacidades rebasa los conceptos de necesidades básicas, pues no se estanca en el mero disfrute de bienes y servicios (educación, salud, alimentación) sino en la realización de las funciones que dichos bienes y

servicios hacen posible que una persona adquiera las capacidades para enfrentarse a la competencia de los mercados de trabajo y a los avatares de la vida cotidiana.

III.3. Tipos de Pobreza

La distinción entre tipos de pobreza es de gran trascendencia analítica, sobre todo por las derivaciones que surgen en el diseño y ejecución de políticas públicas. Para tal aplicación la pobreza se clasifica en:

III.3.1. Pobreza Extrema

Cuantitativamente, la pobreza extrema, o pobreza alimentaria, es definida a partir de un nivel de ingreso cuyo monto no permite consumir ni siquiera una cantidad mínima de alimentos que permita un desempeño personal adecuado. Por su estado de salud, alimentación y educación carecen de capacidades para llevar una vida sana, con suficiente energía para desenvolverse satisfactoriamente en sus actividades diarias, en la escuela, en el hogar o en el trabajo.

En la pobreza extrema, no existen oportunidades para remontarla. A pesar de un progreso económico y social de la sociedad en su conjunto. La condición de marginalidad es tan grave que quienes se encuentran en pobreza extrema, no están en posibilidades de acceder a ninguna oportunidad del crecimiento y desarrollo. La evidencia histórico- empírica demuestra que la pobreza extrema se reproduce generacionalmente.

III.3.2. Pobreza Moderada

En términos cuantitativos, la pobreza moderada está definida a partir de un patrón normativo de consumo cuyo monto de ingresos permitiría vivir a las personas o familias cubriendo satisfactoriamente varias de sus necesidades básicas, no todas, dado el nivel de desarrollo del país.

En la pobreza moderada, las condiciones sociales y económicas circundantes brindan las oportunidades para superar esa condición, mediante el esfuerzo individual realizado en un contexto de crecimiento económico y desarrollo social sostenidos. (2)

III.4. Métodos de Medición

La pobreza tiene varias dimensiones y por tanto se mira desde diferentes indicadores, niveles de ingresos y consumo, indicadores sociales y más recientemente indicadores de vulnerabilidad de riesgos y acceso socio-político.

Actualmente existen tres métodos de medición de la pobreza:

III.4.1. Método Indirecto o Líneas de Pobreza (LP)

Este método busca determinar una canasta normativa de satisfactores esenciales (CNSE), cuyo costo en términos monetarios constituirá precisamente la línea de pobreza. Todos aquellos hogares con ingresos inferiores a dos veces el valor de dicha canasta, serán ubicados como pobres, y aquellos con ingresos inferiores al valor de la canasta, se incluirán en la categoría de pobreza extrema.

El Banco Mundial usa líneas de referencia de 1 y 2 USD por día en dólares de 1993 en términos de la Paridad del Poder Adquisitivo (PPA). Es decir, el PPA mide el poder adquisitivo relativo de las monedas a través de los países. La línea de pobreza extrema equivale a un dólar por persona por día y la línea de pobreza moderada a dos dólares por persona por día.

III.4.2. Método Directo o de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

El método NBI se alimenta básicamente de los censos de población y vivienda. Se define un conjunto de indicadores que representen las necesidades básicas de un grupo social y se determina el grado de satisfacción de dichas necesidades a partir de la información que arrojen los censos en cuestión. Generalmente los indicadores que se manejan al respecto son:

Hacinamiento

Calidad de los materiales de la vivienda.

Abastecimiento de agua potable.

Disponibilidad de drenaje o servicios sanitarios de desecho excretas.

Inasistencia a escuelas de educación básica para los menores.

Se dice que aquellas familias que tienen tres o más necesidades insatisfechas son personas en pobreza. **(5)**

III.4.3. Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP)

El procedimiento, que considera tanto los ingresos del hogar como las condiciones de vida (vivienda, servicios de la misma, acceso a servicios de

salud, educación, tiempo libre, patrimonio básico), es el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP). (6)

La información sobre el consumo y el ingreso se obtiene a través de encuestas por muestreo en las cuales se hacen preguntas a las unidades familiares sobre sus hábitos de gasto y fuentes de ingreso. Estos tipos de encuestas se complementan cada vez más con técnicas participativas, en las que se pregunta a los individuos cuáles son sus necesidades básicas.

Cuando se estima la pobreza a nivel mundial, se tiene que usar la misma línea de pobreza de referencia, y expresarla en una unidad común a través de los países.

En el último Informe sobre Desarrollo Mundial: Lucha contra la pobreza⁴, se realizó mayor investigación en las otras dimensiones de la pobreza, no sólo sobre la pobreza del ingreso como se venía haciendo. El Informe mencionado incluyó indicadores sociales para la educación, la salud, y el acceso a servicios e infraestructura como el desarrollo de indicadores que examinan otras dimensiones como son el riesgo, la vulnerabilidad, la exclusión social, el acceso al capital social.

III.5. Panorama Mundial de la Pobreza

Nuestro mundo se encuentra, paradójicamente, inmerso en la pobreza y la abundancia. Está caracterizado por la desigualdad. De un total de 6 mil millones de habitantes, 2,800 millones viven con menos de US\$2 diarios, y 1,200 millones con menos de US\$1 al día; el 44% de este grupo se encuentra en Asia meridional. (7)

El ingreso promedio en los 20 países más ricos es 37 veces mayor que el de las 20 naciones más pobres.

En Asia oriental el número de personas que vivían con menos de un US\$1 al día bajó de unos 420 millones a alrededor de 280 millones entre 1987 y 1998; sin embargo, en América Latina, Asia meridional y África subsahariana el número de personas pobres no ha dejado de aumentar. Y en países de Europa y Asia central, el número de personas que viven con menos de US\$1 diario se ha multiplicado por más de 20. (Ver cuadros 1 y 2)

Un estudio reciente de la distribución del ingreso mundial entre los hogares indica un aumento abrupto de la desigualdad, con un deterioro del coeficiente de Gini⁵ de 0,63 en 1988 a 0,66 en 1999. La diferencia entre ricos y pobres está aumentando en muchos países: en Rusia el coeficiente de Gini aumento de 0,24 a 0,48 entre 1987-1988 y 1993-1995. En los Estado Unidos, el Reino

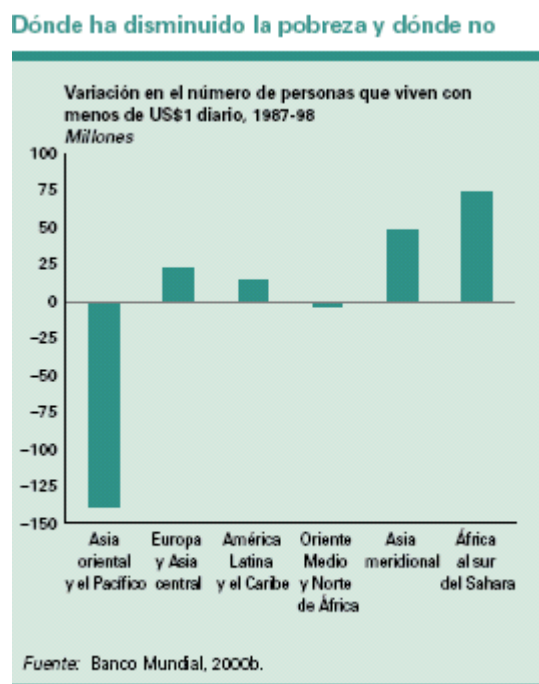
⁴ Publicado por el Banco Mundial , en septiembre de 2000.

⁵ El coeficiente de Gini: Es un indicador que expresa la desigualdad del ingreso y que vale cero cuando hay igualdad total y vale uno cuando hay desigualdad total.

Unido y Suecia aumentó en más del 16% en los decenios de 1980 y 1990. Y en América Latina sigue siendo muy elevado (más de 0,50). (8)

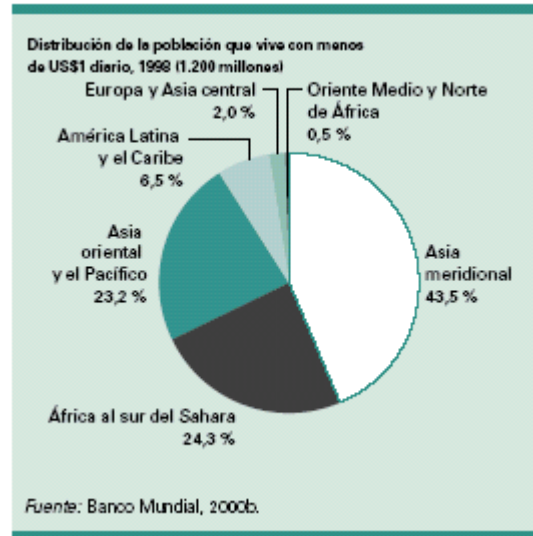
Aunque hay una gran cantidad de personas que viven en la pobreza en los países desarrollados, la mayoría de la gente que vive en la pobreza extrema reside en los países en desarrollo. De los 4.600 millones de personas que viven en los países en desarrollo casi 800 millones no tienen una alimentación suficiente que les permita llevar una vida normal, saludable y activa.⁶

Las siguientes gráficas ilustran claramente la situación mundial de la pobreza :



⁶ Información sobre Pobreza y los objetivos de desarrollo del Milenio. Cumbre de Johannesburgo, 2002.

Dónde viven los pobres del mundo en desarrollo



En septiembre de 2000, durante la Cumbre Mundial de Johannesburgo, 147 jefes de Estado y de Gobierno y un total de 191 naciones aprobaron la Declaración del Milenio, en la cual se definieron objetivos específicos relacionados con el desarrollo y la erradicación de la pobreza. Para el año 2015, se comprometieron a:

Reducir a la mitad el porcentaje de personas que viven con menos de un dólar diario.

- Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambruna.
- Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable y asequible.
- Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.
- Eliminar las desigualdades entre los géneros en el acceso a la educación.
- Reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna.
- Reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad entre los niños menores de cinco años.
- Detener y empezar a revertir la propagación del VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades graves.
- Mejorar significativamente la vida de por lo menos 100 millones de personas que viven en los barrios bajos para el 2020.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. **Monreal Requena, Pilar.** *Antropología y pobreza urbana.* Los libros de la Catarata, Madrid, 1996.
2. **Flores Alonso, Ma. De Lourdes.** *La Medición de la pobreza.* Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de México. Boletín 1, octubre, 2002.
3. **Bolvitnik, Julio.** “Opciones metodológicas para medir la pobreza en México”. *Revista de Comercio Exterior*, No. 31. octubre, 2001.
4. **Grupo del Banco Mundial.** “Entender la Pobreza” en *Poverty Net.* (URL: <http://www.worldbank.org/poverty/spanish/mission/up1.htm>)
5. **Instituto de Estudios para la Transición Democrática.** “Medición de la Pobreza en México”. (URL: <http://www.ietd.org.mx/social/pobreza.html>)
6. **Bolvitnik, Julio.** “Planes, desigualdad y pobreza” en *Economía Moral, La Jornada*, México, 22.06.2001.
7. **Banco Mundial.** *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la Pobreza.* (<http://www.worldbank.org/poverty/spanish/wdrpoverty/desigual.htm>)
8. **PNUD.** *Informe sobre Desarrollo Humano.* Ediciones Mundi Prensa, Barcelona, 2000.

IV. OBESIDAD EN LA POBREZA

IV.1. Características generales

IV.1.1. Malnutrición

La malnutrición⁷ abarca toda la gama de problemas que pueden presentarse cuando la ingesta de nutrimentos es insuficiente (subnutrición), excesiva (hipernutrición) o simplemente desequilibrada (deficiencias de micronutrientes).

La malnutrición tiene dos caras: desnutrición y obesidad. Generalmente la gente pobre está desnutrida porque no tiene suficientes recursos para alimentarse o son obesos porque se alimentan mal. (1)

La obesidad en la pobreza se caracteriza por una dieta desequilibrada en macronutrientes, que son los componentes alimentarios que aportan energía, es también causa de preocupación aun cuando el aporte energético total sea suficiente.

Además, se sobrepone el problema mundial de la malnutrición en micronutrientes; es decir los minerales y vitaminas necesarios para un crecimiento, desarrollo y actividad adecuados. Las carencias de micronutrientes afectan invariablemente a personas cuyo aporte energético es bajo, pero también a las que consumen demasiada energía. Las carencias de micronutrientes más frecuentes son:

Deficiencia de Hierro. La deficiencia de hierro, principal causa de anemia en el niño, el adolescente y la mujer en edad fértil, es la carencia nutricional más frecuente en los países pobres y en desarrollo. Se estima que en América Latina la deficiencia de hierro afecta a 100 millones de personas. Esta deficiencia es una causa importante de daño cerebral y de muerte en los niños.

Deficiencia de Yodo. La deficiencia de yodo es la mayor causa prevenible de daño cerebral y retardo mental en el mundo y se estima que afecta a 740 millones de personas, en su mayoría de países en desarrollo.

Deficiencia de Zinc. La deficiencia de zinc se asocia a una amplia gama de problemas: el comprometimiento de la respuesta inmune, el aumento de riesgo de enfermedades infecciosas, el bajo peso al nacer, la disminución del crecimiento en estatura, y problemas durante el embarazo y en el recién nacido.

⁷ **Malnutrición:** Estado fisiológico anormal debido a la deficiencia, el exceso o el desequilibrio de la energía, las proteínas u otros nutrientes

Carencia de vitamina A. Puede provocar ceguera o muerte en los niños y contribuir a reducir su crecimiento físico y su resistencia a las infecciones, con el consiguiente aumento de la mortalidad de los niños pequeños.

Carencia de Calcio. En mujeres embarazadas y lactantes puede afectar su desarrollo y se presenta como osteoporosis más adelante.

Carencia de vitamina C. La grave carencia de vitamina C da como resultado el escorbuto y constituye un problema sobre todo en poblaciones de refugiados y personas que viven en la miseria.

IV.1.2. Diferencias entre obesos ricos y obesos pobres

Como indican Peña y Bacallao (2), las características de la obesidad podrían ser diferentes entre los individuos más pobres y más ricos del mismo país, o entre los individuos más pobres y más ricos de los países desarrollados o en desarrollo.

La obesidad humana está determinada en un 33 por ciento por la herencia genética, y en un 66 por ciento por las condiciones socio ambientales. (3)

En los pobres, la obesidad se asocia a episodios de desnutrición en la edad temprana, incluso durante la vida intrauterina. Estas carencias generan una respuesta de adaptación al escaso aporte que, en sucesivas etapas de mejor ingesta dan como resultado un aumento de peso. La obesidad en estos pacientes se relaciona con sobreingesta pero se acompaña de deficiencias nutricionales por consumo de alimentos con elevada densidad energética pero bajo poder nutricional. Estos sujetos con frecuencia presentan deficiencias de hierro, zinc, yodo, ácido fólico con repercusión clínica -anemia y osteoporosis-. La salud en este grupo particular de obesos pobres se ve más deteriorada aún dado su limitado acceso a los servicios adecuados de asistencia médica.

Los pobres seleccionan alimentos ricos en hidratos de carbono complejos, grasas y azúcares que, aunque les impiden gozar de una nutrición adecuada, satisfacen su apetito, se integran bien a su patrón de consumo tradicional y a sus pautas de comensalismo.

Por su parte, la industria de la alimentación favorece ese comportamiento al segmentar la oferta y comercializar productos masivos, de baja calidad y mayor contenido de grasas y azúcares que son dirigidos a los sectores con menor poder adquisitivo. (4)

El sobrepeso y obesidad con una prevalencia creciente así como una elevada prevalencia de deficiencia de nutrientes específicos en individuos aparentemente sanos, lo que constituye la denominada “desnutrición oculta”. Existe una noción equivocada acerca del significado de la disminución de la prevalencia de desnutrición aguda y el aumento de la obesidad. Desde un

análisis superficial podría pensarse que el aumento de la prevalencia de obesidad -una enfermedad nutricional por exceso - es un indicador de opulencia ubicado en el polo opuesto de la desnutrición. La obesidad y la desnutrición coexisten en niños de las mismas regiones y estratos sociales, en las mismas familias (madres obesas y niños desnutridos) y aún en el mismo individuo (obesidad con retraso crónico de crecimiento). Por eso, considerar a la obesidad como una condición opuesta a la desnutrición no sólo es equivocado sino que puede tener consecuencias graves sobre el abordaje de los problemas nutricionales en la comunidad. (5)

La tendencia a la obesidad en los grupos de mejor situación socioeconómica pertenecientes a las sociedades en desarrollo tiende a aparecer en edades tempranas y se debe a sobrealimentación y consumo de alimentos con alta densidad energética y de nutrientes. Pero, en estos individuos no se presentan deficiencias nutricionales. (6)

La Obesidad, en cualquier caso, no deja de ser un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a la nutrición, algunas de las cuales son causas importantes de muerte, por ejemplo, la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes mellitus tipo II o no insulino dependiente (DMNID), la hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, la osteoartritis y la osteoporosis, entre otras

IV.2. Factores determinantes de la obesidad en la pobreza

IV.2.1. Factor metabólico adaptativo

De acuerdo con la hipótesis del “genotipo ahorrador” (thrifty genotype), propuesta por Neel en 1962, los individuos que, debido a su constitución genética, eran capaces metabólicamente de almacenar calorías en forma de grasa durante los tiempos de abundancia, podrían sobrevivir períodos prolongados de hambruna. La selección natural llevaría a una mayor prevalencia de este gen “ahorrador” en poblaciones que, intermitentemente, pasaban por períodos de severa hambruna la misma que causaba una amplia tasa de mortalidad entre las personas que no tenían el gen. En este caso se podría decir que los obesos pobres podrían haber desarrollado un mecanismo de adaptación metabólica.

IV.2.2. Desnutrición intrauterina

Datos epidemiológicos recientes sugieren que la nutrición pre y posnatal puede ser un factor importante en la etiopatogenia de algunas enfermedades. Los estudios iniciales de David Barker en Southampton, le llevaron a la elaboración de su teoría que se basa en el impacto de las condiciones de vida intrauterina sobre la aparición de enfermedades en la vida adulta. (5)

La teoría de Barker apoya la hipótesis de que experiencias adversas en el medio intrauterino pueden ejercer una gran influencia sobre el desarrollo de enfermedades degenerativas en la vida adulta. Un mal progreso fetal, evaluado por la antropometría al nacer sería -según esta evidencia epidemiológica- una predicción del sucesivo desarrollo de obesidad, hipertensión, hiperlipidemias, alteraciones en la coagulación, y mortalidad cardiovascular. Estos factores adversos durante el desarrollo fetal condicionan una mayor susceptibilidad a los factores ambientales dependientes de la alimentación y del estilo de vida y constituyen un factor de riesgo adicional para el desarrollo de ECNT . Esta asociación entre el peso de nacimiento y las ECNT se ha demostrado tanto en comunidades del primer mundo (Reino Unido y Noruega) como en países en vías de desarrollo. (7)

Si se produce una deficiencia en nutrientes en la mitad de la gestación, sobre todo si es moderada, afecta al feto pero no a la placenta. La hipertrofia placentaria es un mecanismo de adaptación para mantener el aporte de nutrientes. Al final de la gestación, el efecto de la malnutrición materna es inmediato y los niños presentan en la edad adulta una menor tolerancia a la glucosa y una mayor resistencia insulínica . Esto es conocido como la hipótesis del "fenotipo ahorrador" ⁸

IV.2.3. Transición demográfica

La transición demográfica⁹ es un proceso por el que atraviesan o han atravesado casi todos los países del mundo y se refiere al tránsito de un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control hacia otro de niveles bajos y controlados.

Para determinar el nivel de esta transición en los países correspondientes, se emplea la siguiente clasificación en cuatro grupos.

Transición incipiente (tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento natural moderado [2,5%]): Ejemplo: Bolivia y Haití.

Transición moderada (tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento natural alto [3,0%]): Ejemplos: Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay.

Transición completa (tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural moderado [2,0%]): Ejemplos: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela.

⁸ La teoría del "fenotipo ahorrador", explica que aquellos individuos que en el momento del nacimiento presentan bajo peso, es fácil que en la edad adulta (ante el aporte externo excesivo de nutrientes) desarrollen más fácilmente complicaciones clínicas, al fracasar la secreción de insulina o disminuir su actividad que ya estaban inicialmente deterioradas por la malnutrición fetal.

⁹ El concepto de transición demográfica fue propuesto inicialmente por Frank Notestein

Transición avanzada (tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural bajo [1,0%]). Ejemplos: Argentina, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Puerto Rico y Uruguay. (8)

Este proceso no se produce de manera homogénea entre los diversos grupos del país. De hecho, las desigualdades e insuficiencias de nuestro desarrollo se expresan en una transición demográfica hasta cierto punto “polarizada”, donde las entidades más desarrolladas y los segmentos sociales acomodados y prósperos ya han alcanzado las etapas más avanzadas de este proceso, mientras que se ve retardado en las regiones y grupos sociales y étnicos que experimentan los mayores grados de marginación y pobreza. La velocidad con la cual seguirá su curso la transición demográfica en los próximos años dependerá en buena medida del rumbo que sigan los grupos que se encuentran en la situación más desfavorable. (9)

Se puede decir que en los países desarrollados se ha alcanzado el estado de madurez, con la población estabilizada. En algunos países en vías de desarrollo no existe ningún control de la natalidad por razones políticas, ideológicas o culturales por lo que la población sigue creciendo de forma explosiva, doblándose en menos de veinte años; en algunos países árabes incluso se está fomentando el crecimiento de la población. Sin embargo, en la mayoría de los países subdesarrollados, las campañas a favor del control de la natalidad están consiguiendo reducir las tasas de fecundidad; a pesar de ello, como las generaciones jóvenes que alcanzan la edad fértil son mucho más numerosas que las que les precedieron, las tasas de crecimiento de la población continuarán muy altas durante algunos decenios más. (10)

IV.2.4. Transición epidemiológica

Para enfocar el cambio en los patrones de salud y enfermedad se formuló inicialmente la teoría de la transición epidemiológica en un escrito publicado por Abdel Omran en 1971.

En la teoría de la transición epidemiológica el desarrollo histórico de la mortalidad está caracterizado por tres fases: la edad de la peste y el hambre, la edad de las pandemias retraídas y la edad de enfermedades degenerativas y las causadas por el hombre.

Los cambios en salud y en el patrón de enfermedad que caracterizan la transición epidemiológica están estrechamente asociados con las transiciones demográfica y económica que constituyen la compleja modernización.

De acuerdo a las variaciones en el tiempo y a las dinámicas peculiares del cambio se identifican tres modelos básicos de transición epidemiológica:

El modelo clásico u oeste, está representado por Inglaterra, Gales y Suecia. En esas sociedades el descenso de la mortalidad fue gradual y ocurrió en

respuesta a mejoras sociales, económicas y ambientales, que constituyeron un complejo proceso de modernización.

El modelo acelerado, está representado por Japón, en este modelo la transición de la mortalidad inicialmente estuvo determinada socialmente, pero se vio beneficiada por la revolución médica.

El modelo acelerado o tardío representado por Chile y Ceylán. A diferencia del modelo clásico la disminución de la mortalidad ha sido sustancialmente influenciada por la moderna tecnología médica, en gran parte importada. (11)

* Ver Cuadro No. 3. "Etapas de la salud, de la nutrición, y del cambio demográfico"

IV.2.5. Transición Nutricional

Transición nutricional es un término empleado para describir los cambios en el régimen alimentario, la actividad física, la salud y la nutrición. Estos cambios pueden corresponderse al aumento de los ingresos, la influencia de los medios de comunicación de masas y el márketing de alimentos, y a toda una serie de cambios en las características del trabajo y el ocio.

El aumento de la urbanización en el mundo en vías de desarrollo ha conllevado un cambio extraordinariamente rápido a una situación de alta incidencia de la obesidad y enfermedades no transmisibles tales como la diabetes y los problemas coronarios.

El lugar de una persona en la transición nutricional depende de en qué medida se ha distanciado de un régimen alimentario tradicional y ha adoptado el régimen occidental, con todos los cambios asociados en la actividad física y la composición del cuerpo humano.

En el ámbito regional, los que más han cambiado su estado nutricional y sus patrones de alimentación y actividad son la mayoría de los países de América Latina y el Caribe y ciertos países del Norte de África, el Medio Oriente y el Este de Asia.

a) El régimen alimentario urbano.

Los residentes en las ciudades tienen estilos de vida muy diferentes a los habitantes rurales. Los primeros obtienen mucha más energía a partir de grasas y edulcorantes que los segundos. Los habitantes de las urbes tienen un régimen alimentario más diversificado y con más micronutrientes y proteínas animales que los habitantes rurales, pero ingieren más hidratos de carbono refinados, alimentos elaborados y grasas saturadas y puras, y menos fibras.

La capacidad de producir alimentos más baratos que contienen grasas y edulcorantes ha facilitado asimismo la transición. Por ejemplo, en las últimas cinco décadas, las nuevas tecnologías y las nuevas variedades de semillas

oleaginosas ha hecho mucho más fácil la creación de aceites comestibles de alta calidad y baratos, como alternativa a las grasas animales mucho más caras.

b) Patrones de actividad física en las ciudades.

Las nuevas tecnologías en el trabajo y el ocio, junto con el cambio en los regímenes alimentarios, han aumentado los niveles de obesidad en las zonas urbanas de los países en vías de desarrollo.

El trabajo urbano exige ahora menos esfuerzo físico y permite más tiempo de ocio. Las actividades de ocio se han transformado, debido especialmente a los cambios en la preparación, producción y elaboración de los alimentos y a la penetración revolucionaria de los medios de comunicación de masas en el mundo en vías de desarrollo.

c) Consecuencias para la salud y la nutrición.

Los cambios en el régimen de alimentación y la actividad física han acelerado la tasa de crecimiento de la obesidad en el mundo en desarrollo. La tendencia a la obesidad no se limita a una región, país o grupo racial o étnico. Los países con bajos o medianos ingresos tienen niveles de exceso de peso comparables a los de Estados Unidos y superiores a los de la mayoría de los países europeos. Los niveles de obesidad son mucho mayores en las zonas urbanas. En el Oriente Medio, el Pacífico Occidental y América Latina, los niveles de obesidad están muy por encima de los de otras regiones desarrolladas.

Las pobres de Europa y Norte América sufren niveles mucho más altos de obesidad y de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación que los ricos. (12).

* Ver cuadro 4: "Etapas de la Transición Nutricional"

IV.2.6. Factores socioeconómicos

En diferentes estudios realizados en países de América se ha observado que de acuerdo con la condición socioeconómica es posible advertir que la obesidad es más frecuente en los sectores socioeconómicos más pobres.

En un documento del Instituto de Alimentación citado en el informe del Uruguay a la Conferencia Internacional sobre Nutrición celebrada en Roma en 1992, Boye, Severi y González señalaron una mayor proporción de obesidad entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo (37,6%) que entre las mujeres de niveles altos (33%) y, al considerar los factores relacionados con el género, las mayores diferencias también se registraban en los niveles bajos.

Es difícil establecer conclusiones definitivas sobre la asociación entre la obesidad y las condiciones socioeconómicas. Por un lado, la asociación puede variar de un país a otro o de una región a otra en el mismo país; por el otro, la asociación puede quedar disimulada por factores culturales, ecológicos o sociales. En algunos países de la Región de las Américas, la asociación entre obesidad y condiciones socioeconómicas se asemeja a la que exhiben los países desarrollados; en otros, la relación puede ser inversa. El patrón de asociación se encamina y establece, de acuerdo al ritmo y al modelo de transición epidemiológica y nutricional característico de cada país. (2)

IV.2.7. Migración

Las migraciones de los pobladores rurales hacia las periferias urbanas y de los países más pobres hacia otros en mejor situación, han generado cambios importantes en las condiciones y el modo de vida de dichos grupos.

El futuro se anuncia más urbano que nunca. En unos cuantos años, alrededor del 2006, la mitad de la población del mundo residirá en zonas urbanas y en el 2030, tres quintas partes de la población mundial vivirán en zonas urbanas.

Las pruebas indican, sin embargo, que en este futuro las desigualdades serán mayores que nunca. La mayoría de los residentes urbanos vivirán en ciudades de Asia, África y América Latina; países que están empobreciéndose relativamente, en lugar de enriquecerse. Parece que la pobreza en los países más pobres se ha concentrado cada vez más en las ciudades. (13)

IV.3. Epidemiología de la obesidad en la pobreza

La obesidad ha alcanzado las proporciones de una epidemia¹⁰ global. Lo que antes era sólo un problema de los países ricos hoy en día aqueja también a las naciones en desarrollo.

En numerosos países en desarrollo se observan rápidos incrementos del peso corporal, particularmente entre los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes. Las tasas de obesidad se han triplicado o más desde 1980 en algunas partes de América del Norte, Europa del este, Oriente Medio, las Islas del Pacífico, Australasia y China. Los cambios habidos en la elaboración y producción de los alimentos y en la políticas agrícolas y comerciales han afectado al régimen alimentario cotidiano de cientos de millones de personas.¹¹

En los países más pobres la obesidad suele coexistir con la malnutrición y, al igual que ésta, debe considerarse como una enfermedad nutricional y no sencillamente como una abundancia descontrolada.

¹⁰ El término **epidemia** proviene del griego epi:sobre y demos:pueblo, y significa aparición súbita de una enfermedad, que ataca un gran número de individuos que habitan una región determinada.

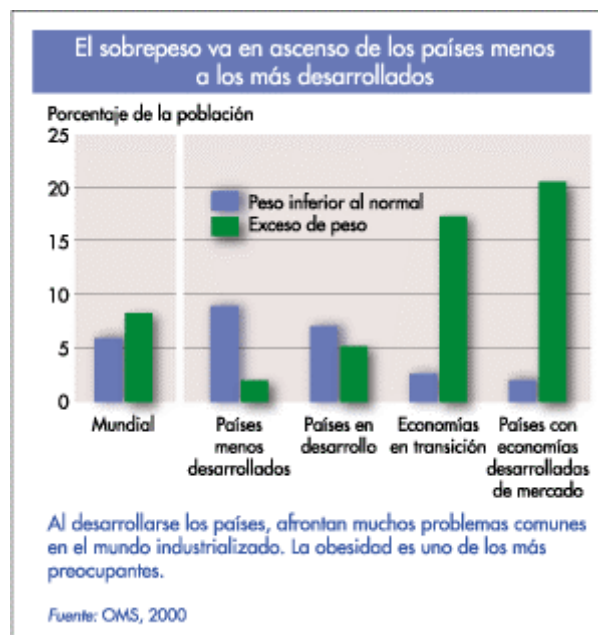
¹¹ **OMS.** Informe sobre la Salud en el mundo, 2002

La prevalencia¹² de la obesidad ha aumentado en todas las regiones, desarrolladas o en proceso de desarrollo, en ambos sexos y en todos los grupos etarios. Sin embargo, estudios realizados en Brasil, Chile y Estados Unidos reflejan algunas diferencias epidemiológicas. En las regiones en vías de desarrollo la prevalencia tiene un pico en la edad adulta, y una incidencia muy baja en la niñez y adolescencia. En cambio en los países con mejor nivel socioeconómico la prevalencia de la obesidad aumenta paralelamente con la edad. (6)

En la conferencia sobre Obesidad y Pobreza en la Universidad de Chicago, quedó demostrado que la proporción de obesos en América aumenta un 13% entre las clases bajas y los inmigrantes .

En general, las mujeres tienden a tener mayores tasas de obesidad que los hombres. Pero las tasas de sobrepeso son mayores en hombres en países desarrollados, pero mayores para las mujeres en los países en desarrollo. Además, en muchos países en desarrollo, la relación entre estatus económico y obesidad es positiva para los hombres pero negativa para las mujeres. (14)

Datos de Argentina, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay muestran que más de la mitad de su población tiene sobrepeso y más del 15 por ciento es obeso.



(15)

¹² **Prevalencia** se define como la proporción de individuos de una población que presentan una determinada característica en un momento dado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1. Álvarez Chamale, Laura.** “Pobres Gordos”, *Revista Nexo*, núm. 36. Enero, 2003.
- 2. Peña, M. y Bacallao, J.** *La Obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. OPS. Washington, D.C. , 2000.
- 3. Stunkard, Albert.** “Factores determinantes de la obesidad: opinión actual”, en *La Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la salud pública* , OPS, Washington, D.C. , 2000.
- 4. Aguirre, Patricia.** “Aspectos Socioantropológicos de la obesidad en la pobreza”, en *La Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la salud pública*, OPS. Washington, D.C. , 2000.
- 5. O'Donnell, A. y Carmuerga, E.** “La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños” , en *Boletín CESNI*, marzo 1998.
- 6. Peña, Manuel.** “Obesidad y pobreza en América Latina”, *Revista Obesidad*, SAOTA y FLASO. Abril, vol. 12, núm. 1. Argentina, 2001.
- 7. Moreno Villares, J.M. y Serra Dalmau, J.** “Alteraciones en la nutrición fetal y efectos a largo plazo: ¿algo más que una hipótesis?”. España., 2001: 59: 573-581
- 8. OPS.** “Análisis de Situación de Salud en las Américas, 1999-2000” en *Boletín Epidemiológico*, vol. 21, núm. 4, diciembre 2000.
- 9. Tuirán, Rodolfo.** “Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones” , en *Papeles de Población*, Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 31
- 10. Grupo de investigación EUMEDNET.** “La transición demográfica”. Facultad de Derecho de la Universidad de Málaga, España. (URL: <http://www.eumed.net/coursecon/2/transicion.htm>)
- 11. Vera Bolaños, Martha.** “Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica”, en *Papeles de Población*, Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 25
- 12. Popkin, Barry M.** “Lograr la Seguridad Alimentaria y Nutricional urbana en el mundo en desarrollo. La urbanización y la transición nutricional”, en *Punto de Enfoque* 3, IFPRI, 3, agosto, 2000.
- 13. Stephens, Carolyn.** “Lograr la Seguridad Alimentaria y Nutricional urbana en el mundo en desarrollo. Amenazas para la salud urbana”, *Punto de Enfoque* 3, IFPRI, 3, agosto, 2000.

14. Eberwine, Donna. “Globesidad: una epidemia en apogeo”, *Perspectivas de Salud*. Revista de la Organización Panamericana de la Salud, vol. 7, Núm. 3, 2002. pp. 1-7

15. FAO. “Transición de la nutrición y obesidad”, en *FOCUS* (URL: <http://www.fao.org/Focus/s/obesity/obes2.htm>)

V. DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

V.1. Introducción a los Derechos Humanos (DDHH)

V.1.1. Concepto

Los derechos humanos es todo lo que necesitan las personas para vivir dignamente; es decir, todo lo que las personas y colectivos requieren para desarrollarse plenamente, como alimentación adecuada, educación, salud, empleo, un medio ambiente sano, respeto a la integridad física y psicológica, libertad de expresión, de religión, de tránsito, etcétera.¹³

V.1.2. Características

Los derechos humanos son:

Universales: Porque corresponden a todas las personas, y todas las personas tienen igual condición con respecto a los derechos.

Inalienables: No se puede ser despojado de ellos por otros, ni se puede renunciar a ellos voluntariamente.

Indivisibles: Los derechos humanos son indivisibles en dos sentidos. En primer término, no hay una jerarquía entre diferentes tipos de derechos. Y en segundo lugar, no se pueden reprimir algunos derechos para promover otros.

V.1.3. Clasificación de los DDHH

Los derechos humanos se han ido reconociendo a lo largo de la historia, a través de las luchas sociales y un lento proceso de aprendizaje. En este proceso se pueden distinguir, hasta ahora, tres grandes fases, que se suelen denominar "las tres generaciones" de los derechos humanos.

PRIMERA GENERACIÓN O DERECHOS INDIVIDUALES

La "primera generación" es la de los DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS. Empezaron a ser reivindicados por la burguesía frente al Antiguo Régimen a partir del siglo XVI: el derecho a la vida y a la integridad física, a pensar y expresarse libremente, etc.

¹³ Concepto de DDHH, en palabras sencillas, utilizado por diversas ONG de Derechos Humanos.

SEGUNDA GENERACIÓN O DERECHOS SOCIALES

La segunda generación" se refiere a los DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, como el derecho al empleo y al salario justo, a la vivienda, a la salud, a la alimentación, a la educación, a la cultura, a una pensión de jubilación, etc. Estos derechos fueron reivindicados sobre todo por el movimiento obrero a lo largo de los últimos siglos.

TERCERA GENERACIÓN O DERECHOS DE LOS PUEBLOS

La llamada Tercera Generación de derechos humanos o los llamados derechos de SOLIDARIDAD, tratan de establecer cuestiones que no se habían considerado específicamente en los documentos anteriores, ya que éstos son de carácter internacional como el derecho a la paz, al desarrollo integral; a la libre determinación de los pueblos; derecho a ejercer soberanía plena sobre sus recursos naturales, etc.

V.1.4. Instrumentos jurídicos internacionales

La base primordial de las actividades de las Naciones Unidas encaminadas a promover, proteger y vigilar la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales es la Carta Internacional de Derechos Humanos, que es un conjunto integrado por tres textos: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos protocolos optativos.

Los dos Pactos mencionados son instrumentos jurídicos internacionales. Esto significa que cuando los Estados Miembros y los Estados no miembros de las Naciones Unidas ratifican un Pacto y se convierten en "Estado Parte" en él, están aceptando voluntariamente una serie de obligaciones jurídicas de defender y promover los derechos y disposiciones proclamados en el texto en cuestión.

Al ratificar los tratados de derechos humanos, los Estados se hacen responsables ante la comunidad internacional, ante otros Estados que han ratificado los mismos textos y ante sus propios ciudadanos y otras personas residentes en sus territorios de aplicar cada una de las obligaciones que aquél impone y de asegurar de buena fe la compatibilidad de sus leyes nacionales con sus deberes internacionales. (1)

V.1.5. Cumplimiento y obligaciones de los Estados

Los responsables de cumplir los derechos humanos son los gobiernos.

Y las obligaciones de los Estados con respecto a los Derechos Humanos son las siguientes:

Respetar. Obliga al Estado a abstenerse de interferir directa o indirectamente en el disfrute de los derechos

Proteger. Obliga a los Estados a adoptar medidas que impidan a terceros interferir en el disfrute de los derechos

Realizar, que incluye dos fases:

Facilitar. Obliga a los Estados a adoptar las debidas medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otra índole para la plena realización de los derechos.

Satisfacer. Obliga a los Estados a ofrecer directamente asistencia o servicios para la realización de los derechos

V.1.6. Violación a los Derechos Humanos

Hablamos de violación a los derechos humanos cuando los funcionarios, servidores públicos o autoridades abusan del poder que tienen, vulnerando o negando los derechos de las personas o, incluso, cuando amenazan con negarlos, no respetarlos o no hacerlos respetar.

V.1.7. Vigilancia y defensa

Los encargados de vigilar el cumplimiento de los DDHH son organismos intergubernamentales -integrados por representantes de gobiernos de muchos países-, como la Organización de las Naciones Unidas a través de su Alta Comisionada para los Derechos Humanos, o la Organización de Estados Americanos por medio de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Asimismo, organismos no gubernamentales (ONG), organizaciones civiles, sociales y religiosas de derechos humanos tienen como objetivo prioritario vigilar y defender la vigencia de los derechos humanos.

V.2. Derecho a la alimentación

V.2.1. Definición

El derecho a la alimentación es el derecho a tener acceso, individual o colectivamente, de manera regular y permanente, a una alimentación

cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, y a los medios necesarios para producirla, de forma que se corresponda con las tradiciones culturales de cada población y que garantice una vida física y psíquica satisfactoria y digna.

El contenido básico del derecho a la alimentación adecuada comprende lo siguiente: ¹⁴

- la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias¹⁵ de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada¹⁶;

- la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos. La accesibilidad comprende la accesibilidad económica y física:

La accesibilidad económica implica que los costos financieros personales o familiares asociados con la adquisición de los alimentos necesarios para un régimen de alimentación adecuado deben estar a un nivel tal que no se vean amenazados o en peligro la provisión y la satisfacción de otras necesidades básicas.

La accesibilidad física implica que la alimentación adecuada debe ser accesible a todos, incluidos los individuos físicamente vulnerables. (2)

V.2.2. Inseguridad alimentaria

La inseguridad alimentaria es una situación que se presenta cuando la población carece de acceso seguro a cantidades suficientes de alimentos inocuos y nutritivos para el crecimiento y desarrollo normal y para una vida activa y sana.

Puede estar causada por la falta de alimentos, la insuficiencia de poder adquisitivo o la distribución o utilización inapropiadas de los alimentos en el hogar.

El término de seguridad alimentaria lo podemos clasificar en diferentes niveles, como son: nivel nacional o regional, nivel familiar y nivel individual. Cuando hablamos de seguridad alimentaria nacional o regional nos referimos a la

¹⁴ Según la Observación General No. 12 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. 20º período de sesiones. Ginebra, 26 de abril a 14 de mayo de 1999.

¹⁵ Por *necesidades alimentarias* se entiende que el régimen de alimentación en conjunto aporta una combinación de productos nutritivos para el crecimiento físico y mental, el desarrollo y el mantenimiento, y la actividad física que sea suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas humanas en todas las etapas del ciclo vital, y según el sexo y la ocupación

¹⁶ *aceptables para una cultura o unos consumidores determinados* significa que hay que tener también en cuenta, en la medida de lo posible, los valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos y el consumo de alimentos, así como las preocupaciones fundamentadas de los consumidores acerca de la naturaleza de los alimentos disponibles.

suficiencia de los suministros de alimentos disponibles para cubrir las necesidades de la población; pero cuando hacemos mención a la seguridad alimentaria familiar hacemos referencia a la capacidad de las familias para obtener los alimentos suficientes para cubrir sus necesidades nutricionales, ya sea produciéndolos o comprándolos.

El concepto de seguridad alimentaria a nivel individual es menos empleado y depende de la disponibilidad, los conocimientos nutricionales, la ocupación o estilos de vida y las relaciones económicas y culturales dentro y fuera del hogar

En el ámbito familiar e individual podemos encontrar dos tipos de inseguridad alimentaria, dependiendo del intervalo de tiempo en que se presenta la misma:

- a) **La inseguridad alimentaria crónica** se debe a una dieta insuficiente mantenida durante períodos prolongados a causa de la incapacidad para adquirir los alimentos necesarios ya sea por las compras en los mercados o por la producción, y por ello tiene como origen la pobreza.
- b) **La inseguridad alimentaria transitoria** deriva de una disminución temporal del acceso a los alimentos necesarios por parte de los hogares debido a factores como la inestabilidad de los precios de los alimentos, de los ingresos o del suministro de productos; la variación estacional de la producción y de los precios también favorecen la inseguridad alimentaria transitoria de los hogares pobres al igual que los cambios repentinos en los precios y en los ingresos que se prolongan, esta situación puede llevar a inseguridad alimentaria crónica y al deterioro del estado nutricional.

La pobreza es la causa fundamental de la inseguridad alimentaria ya que ella puede ser causa del desempleo o ingresos insuficientes que no permite adquirir los alimentos necesarios de forma suficiente. La pobreza existe tanto en los países pobres como en los ricos.

De igual manera, cabe mencionar las diferencias que se establecen entre la inseguridad alimentaria de los hogares en zonas urbanas y rurales. En las zonas urbanas la seguridad alimentaria depende sobre todo del nivel de ingresos y en las zonas rurales depende sobre todo de la disponibilidad de los alimentos, de los precios y de los ingresos.

El estado de la seguridad alimentaria mundial, determinado a partir de varios indicadores¹⁷ reveló, según la FAO, un leve empeoramiento en 1993-94 con respecto al año anterior, y declara que la situación mundial de la seguridad alimentaria seguirá siendo problemática. (3, 4)

¹⁷ Existen diversas variables e indicadores población (índices de disponibilidad e índices de accesibilidad de alimentos) que permiten seguir la evolución del nivel de seguridad alimentaria de determinados grupos de.

V.2.3. Instrumentos jurídicos internacionales

Desde su fundación, las Naciones Unidas han reconocido el acceso a una alimentación adecuada como un derecho individual y una responsabilidad colectiva. Con el transcurso del tiempo, a través de diversos instrumentos internacionales los Estados se han comprometido a defender este derecho humano fundamental. Debajo, en orden cronológico, figura una serie de breves pasajes de los instrumentos jurídicos que incluyen entre sus disposiciones el derecho a la alimentación.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, 1948¹⁸

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, **la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales**, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 25

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial **la alimentación...**

CONSTITUCIÓN DE LA FAO, 1965¹⁹

Preámbulo

Los Estados que aceptan esta Constitución, decididos a fomentar el bienestar general intensificando por su parte la acción individual y colectiva a los fines de: **eleva los niveles de nutrición y vida...** constituyen por la presente la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC), 1966²⁰

Artículo 11

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un **nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación**, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento.

¹⁸ Adoptada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948.

¹⁹ Según la enmienda de 1965

²⁰ Resolución de la Asamblea General 2200 A (XXI), Anexo, del 16 de diciembre de 1966

DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL, 1969²¹

PARTE II: OBJETIVOS

El progreso y el desarrollo en lo social deben encaminarse a la continua elevación del nivel de vida tanto material como espiritual de todos los miembros de la sociedad, dentro del respeto y del cumplimiento de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, mediante el logro de los objetivos principales siguientes:

Artículo 10

La eliminación del hambre y la malnutrición y la garantía del derecho a una nutrición adecuada.

DECLARACION UNIVERSAL SOBRE LA ERRADICACION DEL HAMBRE Y LA MALNUTRICIÓN, 1976²²

Reconociendo que:

La grave crisis alimentaria que afecta a las poblaciones de los países en desarrollo, en los que vive la mayoría de las personas hambrientas y malnutridas del mundo... compromete gravemente la realización de los principios y valores más fundamentales... incorporados en la Declaración Universal de Derechos Humanos;

La eliminación del hambre y la malnutrición, que es uno de los objetivos de la Declaración de las Naciones Unidas sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, y la eliminación de las causas que determinan esta situación, son objetivos comunes de todas las naciones;

La situación de los pueblos que sufren de hambre y malnutrición se origina en circunstancias históricas, especialmente en las desigualdades sociales...”

Esta situación se ha visto agravada desde hace unos años por una serie de crisis por las que ha atravesado la economía ... debido en parte a la presión demográfica...”

La Conferencia proclama solemnemente en consecuencia:

1. “Todos los hombres, mujeres y niños tienen el derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales...”

2. “... Los gobiernos deberían iniciar inmediatamente una lucha concertada más intensa contra la malnutrición crónica y las enfermedades por carencia que afectan a los grupos vulnerables y de ingresos más bajos. A fin de asegurar una adecuada nutrición para todos, los gobiernos deberían formular las políticas de alimentos y de nutrición adecuadas,... debería

²¹ Proclamada por la Asamblea General en su resolución 2542 (XXIV), de 11 de diciembre de 1969

²² Aprobada el 16 de noviembre de 1974 por la Conferencia Mundial de la Alimentación

subrayarse la importancia de la leche humana desde el punto de vista de la nutrición.”

3. Los problemas alimentarios deben abordarse durante la preparación y ejecución de planes y programas nacionales de desarrollo económico y social,…”.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, ONU, 1989²³

Artículo 24

2. Los Estados Partes ... adoptarán las medidas apropiadas para... **combatir las enfermedades y la malnutrición**... mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados.

Artículo 27

Los Estados Partes... en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición...

PLAN DE ACCIÓN DE LA CUMBRE MUNDIAL SOBRE LA ALIMENTACIÓN, 1996²⁴

Compromiso séptimo

Aplicaremos, vigilarémos y daremos seguimiento a este Plan de Acción a todos los niveles, en cooperación con la comunidad internacional.

Objetivo 7.4

Esclarecer el contenido del derecho a una alimentación suficiente y del derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre, como se declara en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros instrumentos internacionales y regionales pertinentes, y prestar especial atención a la aplicación y la realización plena y progresiva de este derecho como medio **de conseguir la seguridad alimentaria²⁵ para todos**.

V.2.4. Obligaciones de los Estados

Del PIDESC, entendido como mecanismo convencional, se derivan obligaciones jurídicas para los Estados Parte. El derecho a la alimentación adecuada, al igual que cualquier otro derecho humano, impone tres tipos: la obligación de respetar, la de proteger y la de satisfacer (5).

²³ Resolución de la Asamblea General 44/25, Anexo, del 20 de noviembre de 1989

²⁴ Adoptado por la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Roma, 13 al 17 de noviembre de 1996. FAO.,1997. Informe de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Parte primera, Roma.

²⁵ Seguridad alimentaria: Situación existente cuando todas las personas tienen en todo momento el acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana.

El derecho a los alimentos no significa que el Estado tenga la obligación de distribuir alimentos a todos sus ciudadanos. Pero sí tiene la obligación de:

respetar el derecho a los alimentos al no interferir con los esfuerzos del individuo por ganarse el sustento. Respetando este derecho, el estado no impide el acceso a los alimentos.

proteger a su pueblo de que otros infrinjan sus derechos.

realizar para la realización, el estado tiene que facilitar y satisfacer. En el proceso de facilitar, el gobierno implementa programas que aseguran la seguridad alimentaria²⁶. Para establecer la seguridad alimentaria el estado debe asegurar las medidas para ser autosuficiente. Eso incluye la educación de las personas sobre el uso más eficiente de los recursos, la reforma y redistribución de la tierra cultivable, o el empleo para que personas tengan dinero y puedan comprar comida. A través del proceso de facilitar, el estado asegura el acceso a alimentos diferentes. Se debe reservar la obligación de proveer en situaciones de emergencias cuando todos otros opciones están agotados. En este caso, el gobierno da los alimentos a la población directamente. (6)

V.2.5. Violación al derecho humano de la alimentación

Cuando el Estado no ejerce su responsabilidad para crear mediante sus políticas las condiciones objetivas para el disfrute de los DESC, se reducen o nulifican las condiciones para el pleno ejercicio de estos derechos, poniendo al mismo tiempo en riesgo el goce de otros. Violar cualquiera de ellos es atentar contra la dignidad humana (7).

Un Estado **viola endémicamente** el derecho humano a la alimentación de las personas que sufren hambre o malnutrición, si estas personas no pueden elegir entre varios programas de recursos o de ingresos en la región en la que están viviendo. Lo viola también al no probar la falta de los recursos necesarios para establecer dichos programas o al no haber utilizado al máximo los recursos disponibles. También si un Estado prueba que ha tomado tales medidas pero no ha solicitado el apoyo de la comunidad internacional estableciendo y manteniendo un sistema de garantías. (8)

²⁶ Se entiende por seguridad alimentaria al acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos de manera que los puedan utilizar adecuadamente para satisfacer sus necesidades alimenticias y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso. Esta definición comprende los aspectos de disponibilidad, inocuidad, utilización, acceso y estabilidad.

V.2.6. Justiciabilidad

La plena justiciabilidad del derecho humano de alimentarse incluye que cada persona sin acceso a una alimentación adecuada pueda demandar al Estado (o a la comunidad de Estados) y, a través del mandato de los tribunales, que reciba alimentación y los medios para alimentarse inmediatamente. La legalidad ante la ley implica la existencia de programas aplicables a esta persona y a cualquier otra persona en una situación similar. Aparte de ser remedio inmediato los tribunales posiblemente deben rectificar los programas de garantía que no funcionen bien, proveer compensación por los sufrimientos de las víctimas o comunidades afectadas²⁷, y castigar personas responsables del funcionamiento deficiente de los programas.

La implementación es el proceso de establecer (y hacer cumplir con) las leyes, las regulaciones, los programas y las políticas que sirven de instrumentos para la justiciabilidad del derecho humano a la alimentación. (8)

V.2.7. Vigilancia y defensa

Aunque sólo los estados son partes de los tratados internacionales y por lo tanto vinculados por estos, todos los miembros de la sociedad son responsables de la realización del derecho a la alimentación. En este sentido la FAO juega un papel mayor, en específico en la clarificación del contenido de este derecho. Las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) también tienen un rol importante:

A nivel internacional, las ONG adoptaron un Código de conducta sobre el derecho a una alimentación adecuada (que clarifica el contenido de este derecho, por ejemplo mediante la revisión de temas como obligaciones de los Estados, disponibilidad y acceso a los alimentos, etc.), concurrieron a la Cumbre Mundial de la Alimentación (CMA), participan regularmente en las sesiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), etc.

A nivel nacional, las ONG realizan actividades de presión y abogacía relacionadas al derecho a una alimentación adecuada. Estas se llevan a cabo tanto de forma directa (participación en la elaboración de estrategias nacionales de seguridad alimentaria) como indirecta (campañas sobre acceso a la tierra, etc.). A nivel local, las ONG documentan y denuncian las violaciones cometidas en contra del derecho de las personas a la alimentación.²⁸

²⁷ Según Provea (Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos), el término “víctima” se utiliza cuando se refiere a la acción deliberada del gobierno y “grupo afectado”, se refiere a situaciones cuando el gobierno ha faltado o ha dejado de desarrollar una política o donde hay una falta de voluntad política para tratar un problema del cual se es responsable.

²⁸ Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe ONG – OSC. Ver URL: <http://www.rlc.fao.org/ong/default.htm>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** "Folleto informativo No.16 (Rev. 1)". Oficina del Alto Comisionado para las Naciones Unidas. Ginebra, agosto, 1996. (URL: http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu6/2/fs16_sp.htm)
2. **Eide, Asbjorn.** "El derecho humano a una alimentación adecuada y a no padecer hambre", Subcomisión de las Naciones Unidas sobre Prevención de Discriminaciones y Protección de las Minorías. (URL: <http://www.fao.org/DOCREP/W9990S/w9990s04.htm>)
3. **Figueroa Pedraza, Dixis.** "Seguridad alimentaria familiar", en *Revista Salud Pública y Nutrición*, Vo.l 4 No.2 Abril-Junio, México, 2003.
4. **Jiménez Acosta, Santa.** "Métodos de medición de la seguridad alimentaria" en *Revista Cubana Alimentación y Nutrición*, Vol. 9, núm. 1, Cuba, 1995.
5. **San Miguel A., Eduardo,** *Derechos humanos, legislación nacional y tratados internacionales*, CNDH, México, 1994.
6. **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** "Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del PIDESC". Observación General 20º período de sesiones. Ginebra, 26 de abril a 14 de mayo de 1999 .
7. **Steiner, Henry J. y Alston, Philip:** *International Human Rights in Context: Law, Politics, Morals.* Oxford University Press, Oxford, 1996.
8. **Künneemann, Rolf.** "Ingreso mínimo, salario mínimo. Términos de referencia para un debate sobre los derechos humanos", s.f., en sitio web de FIAN. (www.fian.org)

Cuadro No. 1

Población que vive el menos de US\$1 por día en países en vías de desarrollo, 1987, 1990, y 1998

Regiones	Población incluida al menos en un estudio (%)	Número de personas que vive con menos de US\$1 por día (millones)			
		1987	1990	1998 nuevos	1998 (PEG* 2000)
Asia del este y el Pacífico	90.8	417.5	452.4	267.1	278.3
(excepto China)	71.1	114.1	92.0	53.7	65.1
Europa Oriental y Asia central	81.7	1.1	7.1	17.6	24.0
América latina y el Caribe	88.0	63.7	73.8	60.7	78.2
África del Medio-este y del norte	52.5	9.3	5.7	6.0	5.5
Asia del Sur	97.9	474.4	495.1	521.8	522.0
África Subsahariana	72.9	217.2	242.3	301.6	290.9
Total	88.1	1.183.2	1.276.4	1.174.9	1.198.9
(excepto China)	84.2	879.8	915.9	961.4	985.7

*PEG. Perspectivas económicas globales

Fuente: Perspectivas económicas globales y los países en vías de desarrollo 2001.

Cuadro No. 2.

Población que vive el menos de US\$2 en países en vías de desarrollo, 1987, 1990, y 1998

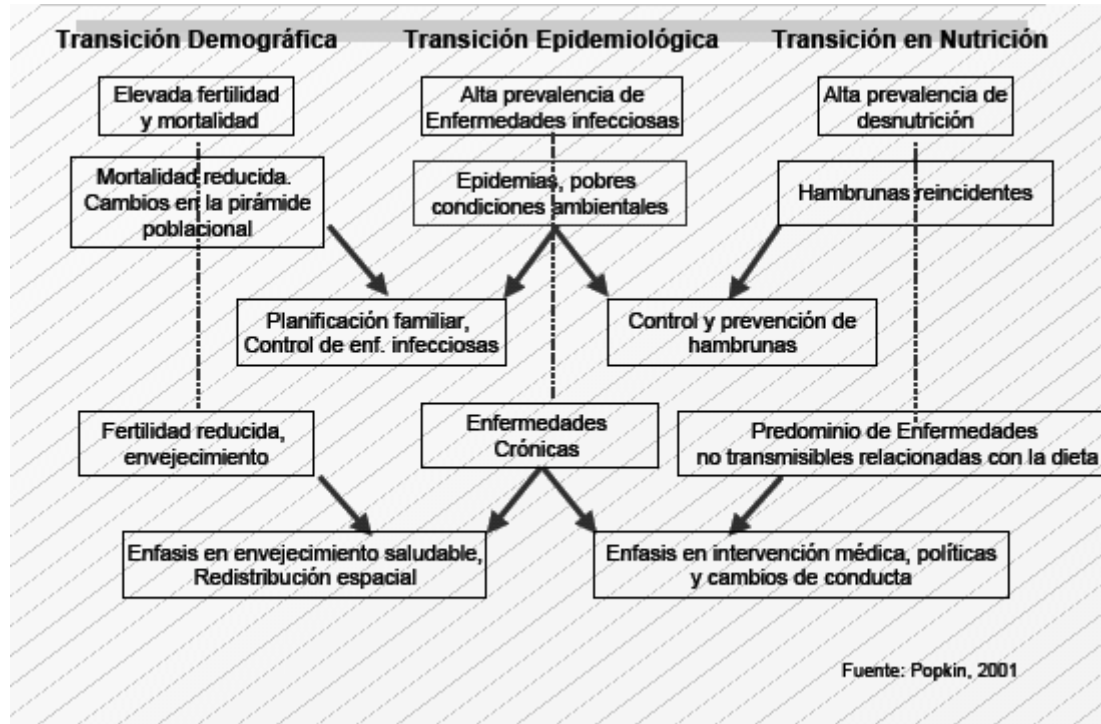
Regiones	Población incluida al menos en un estudio (%)	Número personas que vive al menos con US\$2 por día (millones)			
		1987	1990	1998 nuevos	1998 (PEG* 2000)
Asia del este y el Pacífico	90.8	1.052.3	1.084.4	884.9	892.2
(excepto China)	71.1	299.9	284.9	252.1	260.1
Europa Oriental y Asia central	81.7	16.3	43.8	98.2	92.9
América latina y el Caribe	88.0	147.6	167.2	159.0	182.9
África del Medio-este y del norte	52.5	65.1	58.7	85.4	62.4
Asia del Sur	97.9	911.0	976.0	1.094.6	1.095.9
África Subsahariana	72.9	356.6	388.2	489.3	474.8
Total	88.1	2.549.0	2.718.4	2.811.5	2.801.0
(excepto China)	84.2	1.796.6	1.918.8	2.178.7	2.168.9

*PEG. Perspectivas económicas globales

Fuente: Perspectivas económicas globales y los países en vías de desarrollo 2001.

Cuadro No. 3

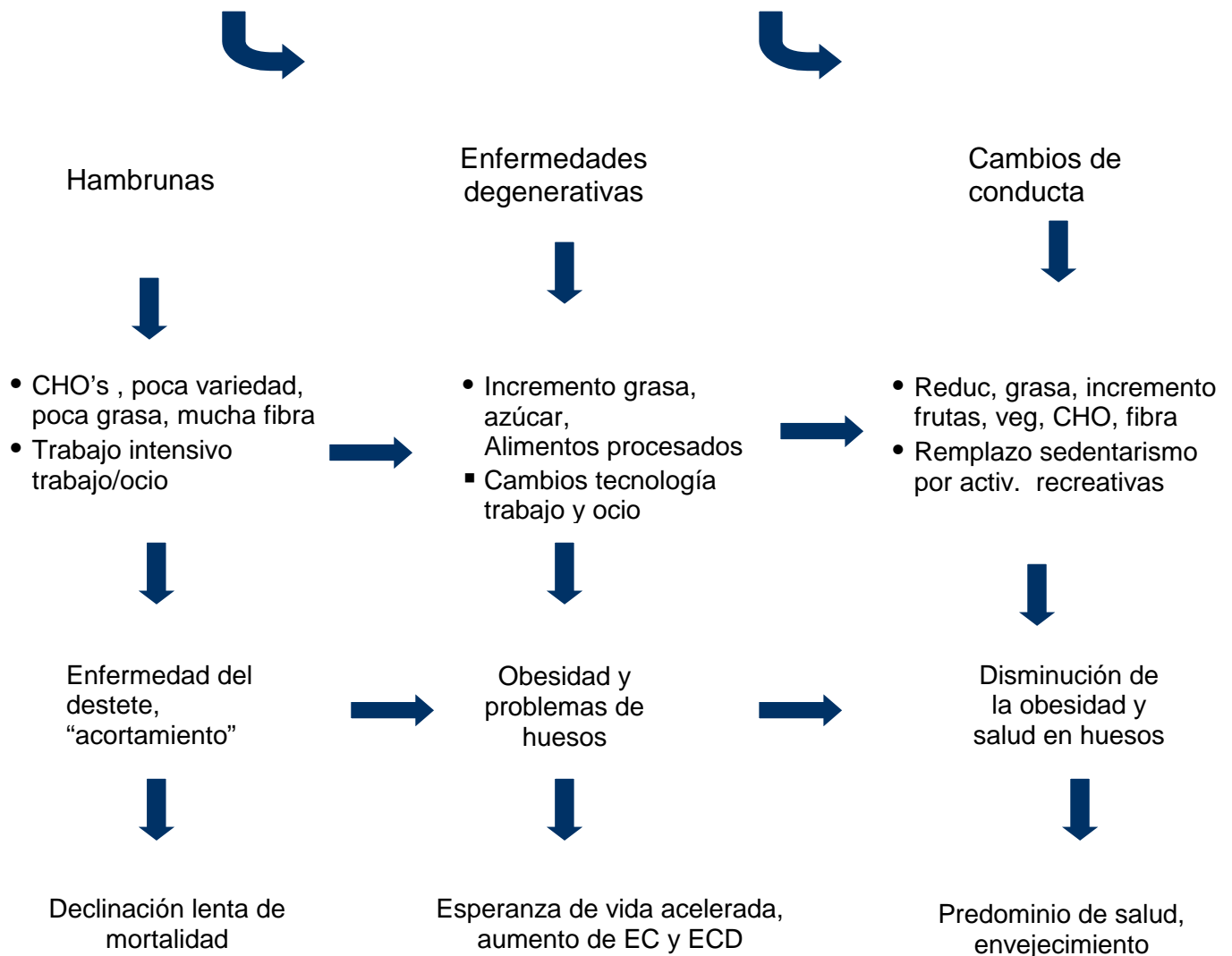
Etapas de la salud, de la nutrición, y del cambio demográfico



Cuadro No. 4

Etapas de la Transición Nutricional

Urbanización, crecimiento económico, cambios tecnológicos para el trabajo, ocio, aumento en alimentos procesados y en los medios de comunicación



Fuente: Popkin (2002). Cuadro extraído y traducido de la Conferencia Magistral "La transición Nutricional en países de ingresos medios y bajos" en el X Congreso de Investigación en Salud Pública, INSP. México, 5- 7 marzo, 2003.

CONCLUSIONES

La obesidad es una patología multifactorial; si bien la obesidad es una enfermedad en sí, igualmente es un factor de riesgo de varias enfermedades, como la diabetes mellitus tipo II, la enfermedad isquémica del corazón, la hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, la osteoartritis y la osteoporosis, entre otras.

En la actualidad, la obesidad es considerada una epidemia global. No respeta niveles socioeconómicos, ni fronteras territoriales; sin embargo, es posible encontrar diferencias importantes entre personas obesas con altos recursos económicos y personas que presentan obesidad en la pobreza.

La pobreza existe tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo y actualmente en los medios urbanos se está acentuando la marginación.

En la situación de obesidad en la pobreza encontramos como característica fundamental la malnutrición, ya que las personas se ven imposibilitadas (por inaccesibilidad económica) a consumir alimentos de alto valor proteico y fuentes alimentarias de micronutrientes, especialmente de vitaminas A , C y ácido fólico; y de minerales tales como el calcio, hierro, yodo y zinc.

Podemos mencionar muchos factores posibles que intervienen en la aparición de la obesidad en la pobreza. Entre ellos se encuentran la teoría del “gen ahorrador”, de Neel; así como la teoría de la “desnutrición intrauterina” presentada por David Barker. Por otra parte hallamos las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional que nos explican cambios importantes en el desarrollo de la humanidad.

La transición nutricional, creemos que es especialmente relevante, explica los cambios notables que manifiesta la población en su régimen de alimentación y las modificaciones en los patrones de actividad física y ocio, sobre todo en los medios urbanos.

La gente modifica sus esquemas alimentarios y de actividad tradicionales a los que le impone la sociedad occidental, influenciados por los medios de comunicación y el marketing de los alimentos. Los cambios más notorios y más nocivos son las preferencias por alimentos con alto contenido de hidratos de carbono simples y grasas saturadas y con menos fibra; además de una gran demanda de alimentos elaborados. Asimismo, las nuevas tecnologías colaboran a la reducción de esfuerzo físico y sedentarismo tanto en el trabajo como en el ocio.

Muchas de las personas que experimentan estos cambios son emigrantes del medio rural a las ciudades o personas que emigran de países en vías de desarrollo a países desarrollados en busca de trabajo y mejores niveles de vida. Su nivel socioeconómico quizá mejore un poco, pero la mayoría seguirán siendo pobres dentro de la estructura social y se enfrentarán a cambios poco

saludables, como a la transición nutricional y por ende a la obesidad en un contexto carencial.

Por lo anteriormente expuesto es evidente que cuando nos referimos a obesidad en la pobreza nos encontramos en una situación de incapacidad económica por parte de las personas para acceder a ciertos alimentos para una nutrición adecuada y poder gozar de una vida activa y sana; en otras palabras estamos ante una situación de inseguridad alimentaria.

El derecho humano a la alimentación es aquel derecho a tener accesibilidad y disponibilidad de alimentos sanos y adecuados que puedan garantizar la salud de las personas; al referirnos a un derecho humano y al estar incluido en instrumentos jurídicos internacionales, especialmente en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados parte están obligados a respetar, proteger y realizar lo necesario para garantizarlo.

Los Estados, por tanto, son los responsables de hacer posible el acceso a los alimentos (fundamentalmente a los necesarios para una nutrición adecuada). No nos referimos a regalar la comida, sino crear políticas nacionales convenientes para, por ejemplo, ofrecer trabajo con salarios justos o bien concordar los precios de los alimentos a las posibilidades económicas de la población, entre otras.

Si el Estado no cumple con su obligación de respetar y hacer posible la seguridad alimentaria de su población, en este caso cuando se presenta obesidad en la pobreza, lo traducimos como una violación al derecho a la alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Aguirre, Patricia.** “Aspectos Socioantropológicos de la obesidad en la pobreza” en *La Obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. OPS. Washington, D.C. , 2000
2. **Álvarez Chamale, Laura.** “Pobres Gordos” en *Revista Nexo*, No. 36. Enero, 2003.
3. **Banco Mundial.** *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001:Lucha contra la Pobreza.* (URL: <http://www.worldbank.org/poverty/spanish/wdrpoverty/desigual.htm>)
4. **Bolvitnik, Julio.** “Planes, desigualdad y pobreza” en *Economía Moral, La Jornada*, México, 22.06.2001.
5. **Bolvitnik, Julio.** “Opciones metodológicas para medir la pobreza en México”. *Revista de Comercio Exterior*, No. 31. octubre, 2001.
6. **Braguinsky, Jorge.** “Prevalencia de obesidad en América Latina”, *ANALES del Sistema Sanitario de Navarra*. Depto. de Salud del Gobierno de Navarra. Vol. 25, supl. 1 (URL: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_1.html)
7. **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del PIDESC”. Observación General 20º período de sesiones. Ginebra, 26 de abril a 14 de mayo de 1999 .
8. **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** “Folleto informativo No.16 (Rev. 1)”. Oficina del Alto Comisionado para las Naciones Unidas. Ginebra, agosto, 1996. (URL: http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu6/2/fs16_sp.htm)
9. **Cuesta, Antonio.** “Obesidad. Medición de la Grasa Corporal” en *El Médico Interactivo*. Diario Electrónico de Sanidad. Núm. 892, 2002. (URL: <http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema12/obesidad3.htm>)
10. **Cumbre Mundial sobre el desarrollo Sostenible**, “Información sobre Pobreza y los objetivos de desarrollo del Milenio”. Johannesburgo, Sudáfrica 2002. (URL: <http://www.rolac.unep.mx/johannesburgo/wssd05.pdf>)
11. **Eco, Humberto.** *Cómo se hace una tesis.* Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura. Gedisa, México, 1990.
12. **Eberwine, Donna.** “Globesidad: una epidemia en apogeo”, en *Perspectivas de Salud*, OPS, vol. 7, Núm. 3, 2002. pp. 1-7

13. **Eberwine, Donna.** “Obesidad: el gran desafío”, en *Perspectivas de Salud*, OPS, vol. 7, Núm. 3, 2002.
14. **Eide, Asbjorn.** “El derecho humano a una alimentación adecuada y a no padecer hambre”, *Subcomisión de las Naciones Unidas sobre Prevención de Discriminaciones y Protección de las Minorías.* . (Ver: <http://www.fao.org/DOCREP/W9990S/w9990s04.htm>)
15. **FAO.** “El Derecho a los alimentos”. (URL: <http://www.fao.org/worldfoodsummit/spanish/fsheets/food.pdf>)
16. **FAO.** “Los alimentos: derecho humano fundamental”, en *FOCUS*. (URL: <http://www.fao.org/FOCUS/s/rightfood/right1.htm>)
17. **FAO.** “Especificar quiénes pasan hambre”, en *FOCUS*. (URL: <http://www.fao.org/FOCUS/s/rightfood/right3.htm>)
18. **FAO.** “Las prioridades de la FAO: primero el hambre, después la obesidad”, en *FOCUS*. (URL: <http://www.fao.org/Focus/s/obesity/obes3.htm>)
19. **FAO.** “Transición de la nutrición y obesidad”, en *FOCUS*. (URL: <http://www.fao.org/Focus/s/obesity/obes2.htm>)
20. **Figueroa Pedraza, Dixis.** “Seguridad alimentaria familiar”, en *Revista Salud Pública y Nutrición*, Vo.I 4 No.2 Abril-Junio, México, 2003.
21. **Flores Alonso, Ma. De Lourdes,** “La Medición de la pobreza”. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de México. *Boletín* 1, octubre, 2002.
22. **Fresneda, Carlos,** “La tierra de los gordos” en *Ediciones on line El Economista*, Cuba, 2002.
23. **Garett, James L..** “Lograr la seguridad alimentaria y nutricional urbana en el mundo en desarrollo. Panorama general” en *Punto de Enfoque* 3, IFPRI, 3, agosto de 2000.
24. **Grupo de investigación EUMEDNET.** “La transición demográfica”. Facultad de Derecho de la Universidad de Málaga, España. (URL: <http://www.eumed.net/cursecon/2/transicion.htm>)
25. **Grupo del Banco Mundial.** “Entender la Pobreza”, en *Poverty Net*. (URL: <http://www.worldbank.org/poverty/spanish/mission/up1.htm>)
26. **Grupo del Banco Mundial.** “Medir la Pobreza”, en *Poverty Net*. (URL: <http://www.worldbank.org/poverty/spanish/mission/up2.htm>)
27. **Instituto de Estudios para la Transición Democrática.** “Medición de la Pobreza en México”. (URL: <http://www.ietd.org.mx/social/pobreza.html>)

28. **Jiménez Acosta, Santa.** “Métodos de medición de la seguridad alimentaria” en *Revista Cubana Alimentación y Nutrición*, Vol. 9, núm. 1, Cuba, 1995.
29. **Künnenmann, Rolf.** “Ingreso mínimo, salario mínimo. Términos de referencia para un debate sobre los derechos humanos”, en sitio web de FIAN. (<http://www.fian.org/spanish/includes/Policy/Income.php>)
30. **Lama More, R.A.** “Metodología para valorar el estado nutricional”. En *Anales de Pediatría*. Asociación Española de Pediatría. Vol. 55, Núm. 03, Septiembre 2001. pp. 256 – 259 (URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13018059>)
31. **Madeley, John.** *El comercio del Hambre. El precio que pagan los pobres por el comercio libre*. Intermón OXFAM, España, 2003.
32. **Martínez, Alfredo J. y col.** *Alimentación y Salud Pública*. Mc. Graw-Hill. Interamericana, España, 2002.
33. **Monreal Requena, Pilar.** *Antropología y pobreza urbana*. Editorial Los libros de la Catarata, Madrid, 1996.
34. **Moreno Esteban, Basilio y col.** “Obesidad: la epidemia” en *Saberes*, 213, junio, 2000: 24-49
35. **Moreno González, Manuel.** “Diagnóstico de obesidad y su métodos de Evaluación”, en *Boletín de la Escuela de Medicina*. Universidad Católica de Chile. Vol. 26, no.1, 1997. (URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/obesidad/DiagnosticoObesidad.html>)
36. **Moreno Villares, J.M. y Serra Dalmau, J.** “Alteraciones en la nutrición fetal y efectos a largo plazo: ¿algo más que una hipótesis?”. España., 2001: 59: 573-581
37. **Morón, Cecilio.** “Un Milenio sin Hambre: Los desafíos de América Latina y el Caribe” . FAO, 2000. (URL: <http://www.rlc.fao.org/opinion/anterior/2000/moron.htm>)
38. **Niz Wagner, Natalia.** “La otra cara de la pobreza” en *El Mercurio de la Salud- Digital*. 62, 1996. (URL: <http://www.mercuriodelasalud.com.ar>)
39. **O'Donnell, A. y Carmuerga, E.** “La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños”, en *Boletín CESNI*, Marzo, 1998.
40. **OMS.** *Informe sobre la Salud en el mundo*, 2002. (URL: http://www.who.int/whr/2002/en/Overview_spain.pdf)

41. **OPS.** “Análisis de Situación de Salud en las Américas, 1999-2000 “ , en *Boletín Epidemiológico*, Vol. 21 No. 4, diciembre 2000.
42. **Peña, Manuel.** “Obesidad y pobreza en América Latina” en Revista Obesidad. SAOTA y FLASO. Abril, 12, 1. Argentina, 2001. (URL: <http://www.saota.org.ar/Revista-Obesidad-Abril-2001/pagina5.asp>)
43. **Peña, Manuel y Bacallao, Jorge.** “La obesidad y sus tendencias en la región”, en *Revista Panamericana Salud Pública*, OPS, 10, 2, 2001. pp.75-78
44. **Peña, Manuel y Bacallao, Jorge.** *La Obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública.* OPS. Washington, D.C. , 2000.
45. **PNUD.** *Informe sobre Desarrollo Humano. 2000.* Ediciones Mundi Prensa, Barcelona.
46. **Popkin, Barry M.** “Lograr la Seguridad Alimentaria y Nutricional urbana en el mundo en desarrollo. La urbanización y la transición nutricional” , en *Punto de Enfoque 3*, IFPRI, 3, agosto de 2000.
47. **Popkin, Barry M.** Conferencia Magistral “La transición Nutricional en países de ingresos medios y bajos” en *X Congreso de Investigación en Salud Pública*, INSP. México, 5- 7 marzo, 2003. (URL: <http://www.insp.mx/xcongreso/ponencias/popkin.ppt>)
48. **Salvador Rodríguez, Javier y col.,** *Obesidad.* (Colección Clínica Universitaria de Navarra. Salud para todos.) Editorial Everest, España, 2002.
49. **San Miguel A., Eduardo,** *Derechos humanos, legislación nacional y tratados internacionales*, CNDH, México, 1994.
50. **Sassón , Albert ,** “La alimentación del hombre del mañana”, Colección Sextante, UNESCO. Editorial Reverté. Núm. 3. Barcelona, 1993.
51. **Sierra Bravo, Restituto.** *Tesis Doctorales y trabajos de investigación científica.* Editorial Paraninfo, España, 1999.
52. **Steiner, Henry J. y Alston, Philip:** *International Human Rights in Context: Law, Politics, Morals.* Oxford University Press, Oxford, 1996.
53. **Stephens, Carolyn.** “Lograr la Seguridad Alimentaria y Nutricional urbana en el mundo en desarrollo. Amenazas para la salud urbana” , en *Punto de Enfoque 3*, IFPRI, 3, agosto de 2000.
54. **Stunkard, Albert.** “Factores determinantes de la obesidad: opinión actual”, en *La Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la salud pública* , OPS, Washington, D.C. , 2000.

55. **Tuirán, Rodolfo.** “Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones” , en *Papeles de Población*, Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 31
56. **Vázquez Sánchez, Raquel y López Alemany, José Ma.,** “Obesidad: La epidemia del Siglo XXI”, en *Revista Española de Economía de la Salud*, 1(3), Sept-Oct, 2002.
57. **Vera Bolaños, Martha.** “Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica”, en *Papeles de Población*, Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 25