

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**La alimentación infantil: Un análisis desde la perspectiva
de la Promoción de la Salud en la Cabecera Municipal de
Chimalhuacán, Estado de México 2015-2022**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

ALERIS JAQUELINE MARTÍNEZ GREGORIO

DIRECTOR: MTRO. HUGO CÉSAR LÓPEZ RIVAS

Ciudad de México, mayo de 2025.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos.

Padre altísimo te dedico este arduo trabajo, gracias a ti y con tu dirección es que se llevó a cabo, gracias infinitas por todos los medios y los recursos que me ofreciste para poder continuar cuando ya no podía más de la manera más humilde te presento este trabajo en tu honor y honra.

Victoria y Gabriel, mamita, papito les agradezco por tenerlos en mi vida ambos representan gran fortaleza y admiración tanto para mí como para mi hermana, les agradezco todo su amor y cariño de llevarme a la escuela, de preocuparse por que tuviéramos mejores oportunidades, a pesar de todas las adversidades, también agradezco por habernos impulsado a ser mujeres de bien, dedicadas y sobre todo comprometidas, sin duda alguna siempre estaré agradecida toda mi vida por estar de mi mano durante mi formación personal pero sobre todo académica.

Matias, mi cielo tu eres la persona más importante en mi vida, gracias por llegar en el momento indicado te dedico este y todos mis logros, aunque tu no lo sepas aun, eres mi impulso en la vida para seguir adelante en mi formación académica, te amo infinitamente.

Anais, hermana de mi corazón, siempre estaré orgullosa de tenerte a mi lado, te agradezco infinitamente por todas las experiencias que logramos juntas en todos los ámbitos, por compartir las tardes de tareas, investigación, debates de diversos temas, gracias por haber sido pieza clave para llevar este tema de investigación, por tus recomendaciones y tu opinión como profesionista, te amo y adoro.

Samuel, gracias guapo por haberme acompañado durante este arduo trayecto, por impulsarme, en todo momento, por tus sugerencias, los materiales y los medios necesarios para que este trabajo llegue a su término mi agradecimiento siempre estará vigente, que esta sea una de las muchas metas que logremos en conjunto.

A mi estimado amigo Jesús, te doy las gracias por haber creído en mí, por darme la oportunidad que muy pocos tenemos en la vida académica, gracias siempre por haberme impulsado

Kelly gracias gatita mía, mi amor, mi terrón, por haberme acompañado las noches y las madrugadas, por ser a quien leía mis trabajos de clases, por morder mis tareas y dormirte en mis libros, te amo mi chiquita preciosa este logro también es para ti.

Al apreciable director de esta tesis Prof. Hugo César López Rivas, le agradezco infinitamente por haberme dedicado su valioso tiempo, confianza y paciencia, por haberme instruido para que este trabajo se llevará a cabo y llegará a su culminación, muchísimas gracias profesor por haber creído en mí, por todos sus consejos, mi entero agradecimiento siempre con usted.

A mis lectoras y sinodales Mtra. Paola Cecilia Sánchez Rojo, Dra. Maria Olivia Sánchez Sandoval y Mtro Edgar del Carmen Sierra Palacios les agradezco por su tiempo y por darme la oportunidad de lograr concluir este proyecto.

A mi querida casa de estudios la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Plantel Casa Libertad, por haberme dado la dicha de tener un espacio, ser estudiante, alumna y compañera de mis estimados compañeros y colegas, al mismo tiempo le agradezco a los y las profesores por haberme compartido sus conocimientos, saberes y consejos ya que gracias ello me encuentro en la culminación de una meta importante para mi vida.

Dedicatoria.

Esta tesis está dedicada a Lucky, Gatota, Lulu, Blue, Candy, Perrin, Nacho, Pulgo, Michel, Capuchino, Garfield, Clorito, Silencio, Jeison, Fiona, Nena, Dara, Chiquitina, Laika, Bombona, Thor, Star, Masha, Guero, Galleta, Kelly, Sara, Sofí, Chelse, Sami y Pelusita

A todos los mencionadas gracias infinitas, sientan este logro como suyo propio.

INDICE

Introducción.	1
Planteamiento del problema.	2
Justificación.	9
Objetivo general.	10
Objetivos específicos.	10
Preguntas de investigación.	10
Hipótesis.	11
Metodología.	11
CAPÍTULO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	15
1.1 Salud y promoción de la salud.	15
1.2 Antecedentes de la promoción de la salud.	17
CAPÍTULO 2. ALIMENTACIÓN INFANTIL	23
2.1 Alimentación y nutrición.	23
2.2 Infancia.	25
2.3 Pobreza.	28
2.4 Desigualdad.	31
2.5 Derechos Humanos.	33
2.6 Derechos de la Infancia.	36
2.7 Derecho alimentario.	38
CAPÍTULO 3. ESTUDIOS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL	40
3.1 Estudios Internacionales.	40
3.2 Estudios Nacionales.	47
3.3 Estudios Estado de México.	68
3.4 Estudios Municipales.	75
3.5. Estudios Locales (Área Geoestadística Básica).	93
Capítulo 4. De la realidad alimentaria a estrategias favorables	99
4.1 La situación alimentaria en México.	99
4.2 La subalimentación detrás de la pobreza.	103
4.3 La desigualdad alimentaria multifactorial.	104
4.4 El acceso al derecho a la alimentación.	105
4.5 Estrategias para optimizar la alimentación infantil desde la perspectiva de la promoción de la salud.	108

CAPÍTULO 5 PROPUESTA: ORGANIZACIÓN SOCIAL CIVIL: COMEDOR COMUNITARIO INTEGRAL GRATUITO INFANTIL	112
5.1 Objetivo general cuantificado	114
5.1.2 Objetivos específicos	114
5.1.3 Objetivo social	115
5.1.4 Misión y visión	115
5.1.5 Valores institucionales	116
5.1.6 Stakeholder	117
5.1.7 Estrategia y plan de acción	118
5.1.8 Estrategia prioritaria y acciones puntuales	118
5.1.9 Servicios	120
5.1.10 fortalezas y debilidades. Análisis foda de la osc	121
5.1.11 Marco legal	123
5.1.12 Catálogos de insumos	126
5.2 Plantilla de personal	127
5.2.1 Equipos de trabajo	128
Resultados	130
CAPÍTULO 6. CONSIDERACIONES FINALES	133
6.1 Conclusiones	133
6.2 Conclusión de la propuesta: organización social civil: comedor comunitario integral gratuito infantil	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136

Índice de siglas.

Siglas	Definición
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina.
CDHCM	Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México.
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos.
DESCA	Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales.
DDSS	Determinantes Sociales de la Salud.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INFOSIPINNA	Sistema Nacional de Información de Niñas, Niños y Adolescentes.
LGDS	Ley General de Desarrollo Social.
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OSC	Organización Social Civil
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
SIPINNA	Sistema de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Introducción.

El presente trabajo de tesis se encuentra dividido por cinco capítulos de los cuales el primer capítulo constituye el marco teórico conceptual donde se parte desde el concepto de salud, en segundo lugar, se hace mención de la promoción de la salud y sus antecedentes. En adición se establece la diferenciación de la salud pública y la nueva salud pública considerada a esta, como la nueva promoción de la salud, por otra parte, se hace referencia de cinco cartas y/o declaraciones que nos muestran la importancia de reconocer a la alimentación como una medida urgente de resolver, finalmente dentro de este apartado se mencionan los conceptos de infancia, pobreza, desigualdad, y derechos humanos.

El capítulo dos está constituido por estudios estadísticos a nivel, internacional, nacional, estatal, municipales, locales y por último se hace mención al área geoestadística básica (AGEB), en donde se tratan los niveles de pobreza, desigualdad, y falta de recursos económicos, estos como bien se mencionan a lo largo de este documento son las variables que limitan el acceso a una alimentación adecuada.

Siguiendo la misma línea, el capítulo tres está conformado por los resultados a los que se lograron llegar con base a esta investigación, del mismo modo resulta relevante mencionar que se hace una propuesta desde el campo de la promoción de la salud, con el objetivo de brindar herramientas necesarias y suficientes para potenciar la salud. En el capítulo cuarto se presenta una propuesta de proyecto para crear un comedor comunitario integral infantil gratuito.

Finalmente, dentro del capítulo cinco se establecen las conclusiones, en donde se dará respuesta a la hipótesis y si es que se logró el objetivo general, los objetivos específicos, y las preguntas de investigación, además, se mencionara las posibles interrogantes para futuras investigaciones, adicionalmente se presentan las referencias bibliográficas, al final del documento.

Planteamiento del problema.

A escala mundial, la carga de la malnutrición en todas las formas sigue constituyendo un desafío. Según las estimaciones, en 2019 el 21.3% (144 millones) de los niños menores de cinco años sufría retraso del crecimiento, el 6.9% (47 millones) padecía emaciación y el 5.6% (38.3 millones) tenía sobrepeso. El mundo está avanzando, pero no lleva camino de cumplir las metas establecidas para 2025 y 2030 en relación con el retraso del crecimiento infantil y el bajo peso al nacer, solo va por buen camino de lograr la meta de 2025 relativa a la lactancia materna exclusiva. No se han logrado mejoras en relación con el sobrepeso infantil y la obesidad en adultos está aumentando. La prevalencia de la emaciación está notablemente por encima de las metas establecidas para 2025 y 2030. Para alcanzar las metas mundiales se deben intensificar los esfuerzos. Asia central, Asia oriental y el Caribe registran las mayores tasas de reducción de la prevalencia del retraso del crecimiento y son las únicas subregiones que están en vías de lograr las metas de 2025 y 2030 relacionadas con el retraso del crecimiento. La prevalencia del retraso del crecimiento es más elevada en las poblaciones rurales que en las urbanas. El menor nivel de riqueza en los hogares está asociado a mayores niveles de retraso del crecimiento (FAO, 2020: 3-4).

De cara al futuro, se prevé que casi 670 millones de personas (el 8 % de la población mundial) seguirán pasando hambre en 2030, aun teniendo en cuenta una recuperación económica mundial. Se trata de una cifra similar a la de 2015, cuando se estableció el objetivo de acabar con el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición para finales de esta década en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (OMS. 2022: 3).

Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo ha sido uno de los objetivos que se han perseguido hasta hoy en día sin embargo los índices de pobreza extrema se han reducido a la mitad desde 1990. Si bien se trata de un

logro notable, 1 de cada 5 personas de las regiones en desarrollo aún vive con menos de 1,25 dólares al día, hay muchos más millones de personas que ganan poco más de esa cantidad diaria, a lo que se añade que hay muchas personas en riesgo de recaer en la escasez económica. La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. Entre sus manifestaciones se incluyen el hambre y la malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión sociales y la falta de participación en la adopción de decisiones. El crecimiento económico debe ser inclusivo con el fin de crear empleos sostenibles y promover la igualdad (CEPAL, 2017: 15-18).

La UNICEF, (2019) señala que “Un número alarmante de niñas, niños y adolescentes a nivel global sufre las consecuencias de la mala alimentación y de un sistema alimentario que ignora sus necesidades, además que al menos uno de cada tres niños y niñas menores de cinco años – unos 200 millones – padece desnutrición o sobrepeso, señala que en México, la obesidad y el sobrepeso afectan a 1 de cada 3 niños de 6 a 11 años, a nivel mundial, aproximadamente dos de cada tres niños entre los seis meses a los dos años de edad no reciben alimentos que potencien el crecimiento adecuado, lo que puede perjudicar su desarrollo, interferir con su aprendizaje, debilitar su sistema inmunológico, aumentar su vulnerabilidad ante las infecciones entre otros”.

Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria mejorar la nutrición y promover la agricultura, la silvicultura¹ y la acuicultura² sostenible, pueden suministrarnos comida nutritiva para todos y generar ingresos decentes, mientras

¹ La silvicultura (del latín silva, selva o bosque, y cultura, cultivo) es la ciencia destinada a la formación y cultivo de bosques. Forman parte de su campo la capacidad de crear o conservar un bosque, la teoría y la práctica de regular el establecimiento de una masa arbórea, su composición y desarrollo. Podríamos afirmar que es una ciencia hermana de la agricultura, diferenciándose de ésta en el tiempo de espera para la cosecha y en la diversidad de la producción. (Comisión Nacional Forestal, 2015:1)

² La acuicultura o acicultura es el conjunto de actividades, técnicas y conocimientos de crianza de especies acuáticas vegetales y animales. Estas especies se desarrollan en diversos cultivos ya sea de agua salada o dulce, bajo condiciones totalmente controladas y al cuidado de ingenieros pesqueros zootecnistas, ingenieros acuícolas y biólogos marinos. (Instituto Nacional de la Economía Social, 2018).

se apoya el desarrollo de las gentes del campo y la protección del medio ambiente. Pero ahora mismo, nuestros suelos, agua, océanos, bosques y nuestra biodiversidad están siendo rápidamente degradados. El cambio climático está poniendo mayor presión sobre los recursos de los que dependemos y aumentan los riesgos asociados a desastres tales como sequías e inundaciones.

Necesitamos una profunda reforma del sistema mundial de agricultura y alimentación si queremos nutrir a los 925 millones de hambrientos que existen actualmente y los dos mil millones adicionales de personas que vivirán en el año 2050. El sector alimentario y el sector agrícola ofrecen soluciones claves para el desarrollo y son vitales para la eliminación del hambre y la pobreza (CEPAL, 2017: 19-22).

Por otro lado, los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), estiman que en México 2.8% de los niños y niñas menores de 5 años presentan bajo peso 13.6% muestran baja talla y el 1.6% desnutrición aguda. La población indígena, la más impactada por la pobreza infantil, registra mayores tasas de desnutrición en comparación con el resto de la población (Save the Children, 2022: 2). A partir de los datos anteriores se puede ver que la alimentación como derecho humano desafortunadamente se está haciendo valer de manera muy reducida y para ello, la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (2021), señala, en el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (CNSM, 2021: 1).

Por otro lado, también se encuentra establecido en el artículo 4° de la Constitución

Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2021, Párrafo reformado DOF 06-062019, “Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.”, recordemos que los derechos humanos son inherentes y los tenemos por el hecho de haber nacido (Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, 1917: 9-11).

La desnutrición es la causa oculta de casi 3.1 millones de muertes infantiles cada año en el mundo. (Development, 2017:1). A pesar de que muchos han sido los esfuerzos por parte de las autoridades del Estado, todavía hace falta poner más énfasis en los actuales avances que se tiene para mejorar el estado de salud de los niños y niñas del país, sin embargo la vivencia de la pobreza en la infancia en sus múltiples dimensiones malnutrición, dificultades de acceso a educación, enfermedades relacionadas a la no existencia de servicios públicos de salud o a falta de saneamiento básico, entre otras, perjudica la formación física y mental de los niños, [...] (ONG Manos Unidas, 2020: 2).

El Estado de México se compone por 20 regiones de las cuales se mencionan a continuación con el fin de darlas a conocer, sin embargo, la región que nos interesa es la tercera, que comprende al municipio de Chimalhuacán.

REGIÓN I AMECAMECA

Integrada por los municipios de: Amecameca, Atlautla, Ayapango, Chalco, Cocotitlán, Ecatingo,

Juchitepec, Ozumba, Temamatla, Tenango del Aire, Tepetlixpa, Tlalmanalco y Valle de Chalco Solidaridad.

REGIÓN II ATLACOMULCO

Integrada por los municipios de: Acambay, Aculco, Atlacomulco, Chapa de Mota, El Oro, Jilotepec,

Jocotitlán, Morelos, Polotitlán, San José del Rincón, Soyaniquilpan de Juárez, Temascalcingo, Timilpan y Villa del Carbón.

REGIÓN III CHIMALHUACÁN

Integrada por los municipios de: Chicoloapan, Chimalhuacán, Ixtapaluca y La Paz.

En cuanto a la Región III Chimalhuacán, las cifras de los grandes grupos de edad son: 28.32% corresponde a la población infantil, 67.45% a la población joven y adulta y 4.09%, a la población adulta mayor. Lo anterior confirma que la estructura demográfica de la región es más joven que la estatal (Gobierno del Estado de México, 2018:49-51). En el caso de la Región III Chimalhuacán, en 2010, 740 mil 37 personas se encontraban en pobreza multidimensional, proporción que representa el 46.89% de su población total. Para el año 2015, la cifra ascendió a un millón 56 mil 107 personas, equivalente al 56.09%. (Gobierno del Estado de México, 2018: 52-54)

En cuanto a pobreza extrema, en 2010 en el Estado de México había 1.30 millones de personas en esta condición, es decir, el 8.60% de la población. Hacia 2015, la cifra era de 1.10 millones lo equivalente al 6.70%. En cambio, en la Región III Chimalhuacán, existían 131 mil 702 personas en condición de pobreza extrema, equivalentes al 8.34% de los residentes. Cinco años después, en 2015, la cifra registrada alcanzaba las 158 mil 879 personas o 8.44% de la población total de la región (Gobierno del Estado de México, 2018: 52-54).

De igual forma en la Región III Chimalhuacán hubo avances durante el mismo periodo 2010- 2015, la carencia por acceso a los servicios de salud se redujo un 14.17%, el rezago educativo 4.21%, en cuanto al acceso a la alimentación la

variación fue de 11.43% menos. Algo similar se observa en el resto de las carencias sociales (Gobierno del Estado de México, 2018: 54).

Una muestra de la desigualdad en la Región III Chimalhuacán es la proporción de mujeres que, estando empleadas, reciben más de cinco salarios mínimos en comparación con el número de hombres que rebasa ese mismo umbral de ingreso. En todos los municipios que integran la región, la proporción de hombres con ingresos superiores a cinco salarios mínimos es casi el triple que el de mujeres. (Gobierno del Estado de México, 2018:103-104). En el municipio de Chimalhuacán, el salario mínimo es de \$3,250.00 MXN pesos mensuales lo que nos da un salario diario de \$106.55 MXN pesos aproximadamente, para los trabajadores formales, lo que puede implicar que en los hogares de las familias chimalhuaquenses se destine un bajo presupuesto para la alimentación del grupo etario infantil (Troya, 2022: 12).

En palabras de Muciño (2016), las condiciones económicas transformaron las actividades productivas relacionadas con la cultura alimentaria del municipio, ya que una vez transformado el medio físico resultó para los pobladores nativos darle continuidad a su forma de alimentarse como solían hacerlo hasta mediados de 1950, el cambio de trabajar en actividades primarias, tales como; la agricultura, caza, recolección y ganadería a menor escala; por formar parte de los sectores secundarios y terciarios de la economía, cambió al mismo tiempo el ritmo alimentario de muchos de los pobladores que tuvieron que desplazarse a trabajar a la zona urbana de la Ciudad de México (Muciño, 2016: 144).

De acuerdo con los registros históricos, el cerro del Chimalhuache ubicado en el municipio de Chimalhuacán, Estado de México, era un cerro proveedor de agua dulce, que era aprovechada tanto para el cultivo, como para las necesidades domésticas de los habitantes, las bondades del cerro no se limitaban a proveer agua, sino que además de ser en varios casos aprovechados para el cultivo, también contaba con especies animales y vegetales, que eran aprovechadas de diversas maneras, además de formar parte de un ecosistema sustentable, eran

aprovechadas con fines alimenticios lo que convertía a sus pobladores en recolectores de frutos, hojas, flores y ramas para darle sustento a la vida de las familias. (Muciño, 2016: 146-148)

En el caso de los cultivos tenían como función principal, el autoconsumo, tanto humano como animal, sin embargo, muchas familias solían comercializar sus cosechas en los mercados de la Ciudad de México (Alonso, 1996:149). Los pobladores de Chimalhuacán llevaban una vida natural basada en la agricultura, la recolección, la caza, la pesca, al mantener una estrecha convivencia y aprovechamiento del cerro y del lago, de este modo no había la necesidad de ofertar su mano de obra en los centros fabriles de la Ciudad de México, mientras el lago existía (Bourges, 2002: 153-155). Desde el punto de vista alimenticio, los productos del cerro y el lago tenían una importancia muy grande tanto en aspectos gastronómicos como nutricionales, pues se obtenía una dieta balanceada al combinar frutos, semillas, insectos, peces, hierbas, etc (Muciño, 2016: 154).

Finalmente, para el caso de Chimalhuacán pasar de comer algo que se tomaba de la tierra o el lago, a comer algún producto industrializado que tenía que comprarse con dinero, dinero obtenido tal vez con un trabajo que nada tenía que ver con comida, como pudiera ser trabajar en algún oficio, en ese sentido los jóvenes fueron creciendo en este contexto de incertidumbre, que poco a poco la proliferación de las tiendas, que son la manera en que muchos mexicanos se ganan la vida, fueron alimentándose los miembros de la familia que vivían más cerca de la ciudad, con alimentos industrializados, no obstante estos alimentos traen tras de sí grandes campañas de publicidad, pero también tenían un aliado muy efectivo: la radio y la televisión, mismo que afectaron de manera severa la alimentación de los pobladores haciendo énfasis por tratarse de este caso al grupo etario infantil (Muciño, 2016: 178-181).

Por ende, el objetivo general de este trabajo es, analizar las determinantes sociales que limitan la alimentación saludable y de calidad en niños y niñas de la cabecera municipal de Chimalhuacán, Estado de México, durante el periodo 2016-2022, desde una perspectiva de promoción de la salud, con el fin de identificar estrategias efectivas para mejorar la nutrición infantil en la zona.

Justificación.

Este trabajo sirve para dar a conocer cuáles son las variables que limitan el acceso a una alimentación adecuada, accesible en costo y cercanía, suficiente en cantidad y calidad, lo anterior para lograr que se desarrollen física, neurológica y cognitivamente crezcan de manera óptima, los niños y las niñas, ya que desafortunadamente los factores que limitan a una alimentación adecuada a las y los menores son; los bajos salarios que perciben los cuidadores primarios, el estado de precariedad, los altos índices de pobreza alimentaria, económica y social que presenta actualmente el municipio de Chimalhuacán, Estado de México, por otro lado, el alto precio que tienen los alimentos por referirnos al acceso, esto solo por mencionar algunos.

Este trabajo contribuye en las áreas del conocimiento de la carrera de Promoción de la Salud, esto considerando a la misma como una licenciatura multidisciplinaria, derivado por esa naturaleza este trabajo, se comprende de diversas disciplinas, que se mencionan a lo largo de este documento, siguiendo la misma línea este trabajo se desarrollara para que, futuras generaciones de promotores y promotoras de la salud, den cuenta de la problemática no sólo lo que a nivel primario puede representar, sino que en muchos de los niveles puede alcanzar sino se atiende de manera correcta y eficaz, previniendo que lleguen a la rehabilitación en ese sentido nos referimos a la (desnutrición-obesidad).

Por ello, es relevante concientizar a la comunidad en general, promocionando una alimentación saludable, visibilizar los derechos de las infancias haciendo de frente al futuro de la niñez impulsando entornos favorables y que esto no

dependa de los recursos económicos que sus cuidadores primarios logran acceder, en adición, se requiere visibilizar las posibles transgresiones, la desigualdad y la pobreza hacia los derechos alimentarios y de las infancias, con fines de disminuir y erradicarlas, así mismo llevar a cabo acciones en pro a la alimentación infantil.

Objetivo general.

Analizar las determinantes sociales que limitan la alimentación saludable y de calidad en niños y niñas de la cabecera municipal de Chimalhuacán, Estado de México, durante el periodo 2015-2022, desde una perspectiva de promoción de la salud, con el fin de identificar estrategias efectivas para mejorar la nutrición infantil en la zona.

Objetivos específicos.

1. Identificar las causas principales de la deficiente nutrición infantil en la cabecera municipal de Chimalhuacán.
2. Identificar si el nivel de ingresos de los cuidadores primarios es suficiente para cubrir una seguridad alimentaria.
3. Diseñar una propuesta de proyecto para implementar un comedor comunitario integral gratuito infantil mediante las determinantes sociales que limitan una seguridad alimentaria inocua.

Preguntas de investigación.

¿Cuáles son las determinantes sociales que limitan a una alimentación adecuada a los niños y niñas de 5 a 9 años de edad en la comunidad de la cabecera Municipal?

¿Cómo se relaciona la promoción de la salud desde la alimentación infantil con una perspectiva social?

¿Cómo diseñar una propuesta de proyecto para crear un comedor comunitario integral infantil gratuito?

En ese sentido, este trabajo se desarrollará porque resulta de gran envergadura analizar la alimentación infantil en el municipio de Chimalhuacán ya que, la deficiencia a consecuencia de las bajas percepciones salariales, el alto índice de pobreza el cual se encuentra dentro de los diez primeros lugares a nivel estatal y nacional, además de ello el índice de personas que se encuentra laborando de manera informal es súbitamente alto, esto por mencionar algunas de las razones.

Lo dicho hasta aquí, puede contribuir al bienestar de los niños y niñas, en su estado de salud de forma individual y colectiva, en el crecimiento y desarrollo físico, neurológico, logrando que los niños y niñas del municipio de Chimalhuacán en un futuro próximo sean mujeres y hombres, con estados de salud óptima y mejores oportunidades para poder desempeñarse en el ámbito laboral y social.

Hipótesis.

Existen determinantes sociales como, la desigualdad, la pobreza, la vulnerabilidad que afectan severamente la alimentación de los niños y niñas de la cabecera Municipal de Chimalhuacán, mismas que afectan y comprometen la salud y la vida adulta del grupo etario.

Metodología.

El presente documento sigue un modelo histórico- social, dicho con palabras de Madrid (2011), de los seis modelos más importantes que comprende a la salud enfermedad se mencionó dentro de este apartado al modelo histórico-social, mismo que está relacionado al contexto histórico, modo de producción y clases

sociales, sus principales características son de tipo de patología y frecuencia, se diferencian entre sociedades y clases sociales (Madrid, 2011: 4), citando a Arredondo (1992), identifica como determinantes de la salud-enfermedad a las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de la población. Ambos modelos comparten el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. En adición se suma el modelo económico ya que, para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Comparte con el modelo social e histórico-social el riesgo de tomar una posición reduccionista, en este caso hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes (Arredondo, 1992: 257).

Desde el punto de vista de Laurell (1986), señala que, como resultado de la crisis social, política, económica y de la medicina, surge una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone analizar el proceso salud enfermedad como un hecho social. Esta corriente, demostrará que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto, definirá que el proceso de salud enfermedad tiene carácter social por ser socialmente determinado y por ser en sí mismo un proceso social (Laurell, 1986: 1-21).

Esta perspectiva permite observar que existen perfiles diferenciales de salud enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales (Laurell & Peña, 2006: 86-87). Todos los factores causales se permean por lo social- histórico. En palabras de Mercer (1987), expresa que la medicina social se ha caracterizado por la persistencia en el tratamiento de los problemas que reflejaban el atraso, la injusticia, la opresión y la desigualdad. La medicina social se opone a concebir la salud y la enfermedad como eventos biológicos ajenos o independientes en su producción y distribución de lo social y económico (Mercer, 1987: 5-13).

[...] la clase social, el proceso de trabajo, la producción y reproducción social. Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan (Arredondo, 1992: 257). Esta perspectiva postula que la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. Por lo tanto, las explicaciones no habría que buscarlas en la biología ni en las técnicas médicas sino en las características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos (Laurell, 1986: 1-21).

En la opinión de Laurell (1986), señala que el carácter histórico y social del proceso se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Afirma que lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por las frecuencias con la cual se presenta: estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social a otra (Laurell, 1986: 36). La articulación entre el proceso de salud enfermedad le imprime a la enfermedad y a la muerte características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales; a su vez, el perfil patológico de una misma población cambia según las características del momento histórico (Laurell, 1986: 1-2). El proceso de salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción (Laurell, 1986: 1-21). De acuerdo con Mercer (1987), añade que este modelo teórico se opone a la creencia de que como efecto del crecimiento económico se mejoran las condiciones de salud; la medicina social asume la responsabilidad de demostrar que a pesar de que existen los milagros económicos se registra un estancamiento de la salud para el caso latinoamericano (Mercer, 1987: 5-13). Al igual que el modelo social, en la

aplicación de este modelo histórico social existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica (Arredondo, 1992: 257).

Teniendo en cuenta a Guzmán; Angulo; Garcia; Gómez. (2016a), para hacer Promoción de la Salud, los promotores echan mano de teorías y procedimientos técnicos provenientes de varias ciencias que los ayudan a identificar y entender los problemas a los que se enfrentan [...], en la actualidad la Promoción de la Salud es un campo de aplicación de conocimientos técnicos de varias disciplinas, más que una disciplina en sí misma (Guzmán et al, 2016a: 80).

En adición, el enfoque de esta investigación es cuantitativa, por ende el alcance de la investigación que fue utilizada es exploratoria de tipo correlacional, por otra parte, el diseño de investigación que se dispuso para este caso es de gabinete ya que, es donde se reúne información de diversas fuentes de forma ordenada, a su vez, la población que se empleó fueron los cuidadores primarios que cuentan con trabajos formales e informales, considerando a estos porque son quienes brindan los recursos para alimentar a sus hijas e hijos, por mencionar a estos como al grupo etario infantil al que se refiere esta investigación.

Ahora bien, la recopilación de datos que se aplicaron fue del mismo modo que en el caso del diseño de investigación es decir de gabinete, por otra parte, el análisis de datos que se efectuó fue a través del análisis estadístico y análisis de datos cuantitativos, con respecto a las consideraciones éticas, derivado de la naturaleza del diseño de la investigación y la recopilación de los datos, se utilizó las citas textuales y las respectivas referencias bibliográficas, finalmente, el plan de trabajo que se hará uso, es el cronograma de actividades en donde se indicarán las semanas de trabajo realizado y estas se encontrarán resaltadas con un color distinto, en cada mes, hasta indicar la tarea concluida.

CAPÍTULO 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

1.1 Salud y promoción de la salud.

Salud.

La salud puede entenderse de formas diferentes, lo mismo pasa con el concepto de cuerpo, enfermedad o promoción de la salud. Durante mucho tiempo, y aun en la actualidad, las definiciones de salud más frecuentes están asociadas a la medicina. Son definiciones íntimamente relacionadas con los procesos de enfermedad y muchas veces describen lo que la salud no es. Es común escuchar que somos saludables cuando no padecemos ninguna enfermedad (Guzmán. et al., 2016b: 73).

Consuelo Chapela (2007) rescata la definición de salud de Hans Georg Gadamer, quien sostiene que [...] el armónico bienestar lo denominamos salud [...] es algo a lo que vamos siguiendo, [...] (Chapela, 2007: 72). En cambio, la Real Academia Española (2022) la define del latín *salus*, *salūtis* estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones (Real Academia Española, 2022: 1). Sin embargo, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1946, define al concepto Salud como: “El estado de completo bienestar biológico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. (OMS, 1946: 1)

Bermejo (2012) señala en su artículo que la Salud según Salleras Sanmartí es:

El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y su colectividad (Bermejo, 2012: 2).

Bajo esta concepción la salud es un concepto construido, una idea que ha ido cambiando a lo largo del tiempo y que puede variar de una cultura a otra, también en el campo de la promoción de la salud hay distintas maneras de entender la salud [...] entonces promover la salud tendrá que consistir en mucho más que

prevenir enfermedades, ya que se requerirán esfuerzos distintos para lograr un bienestar psicológico o social (OMS, 1948: 1).

Promoción de la Salud.

Por lo que refiere al concepto de promoción de la salud, Rosa (2001); menciona [...] entendemos a la promoción de la salud como un bien público y meritorio, central a la salud, al desarrollo económico y a la lucha contra la pobreza, con amplias externalidades positivas que propicien la igualdad y la búsqueda en la equidad de oportunidades que implican el desarrollo humano y capital social (Rosa, 2001: 1619), conjuntamente, [...] el centro de gravedad más apropiado para la Promoción de la Salud es la comunidad. El empoderamiento de la misma, entendido como la capacidad para analizar y tomar decisiones sobre salud individual y colectiva, se considera la espina dorsal de la Promoción de la Salud, [...] (Fuentes, 2006: 319).

Sumado a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1998, indica que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social global, que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas [...]. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los “determinantes sociales de la salud”, se definen como; el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones, los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionadas. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes sociales de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición

social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos, combinados todos ellos crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios de estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud (Organización Mundial de la Salud, 1998: 10-12).

1.2 Antecedentes de la promoción de la salud.

Para dar inicio a este apartado es necesario precisar que, si bien existen más cartas y declaraciones con base a la promoción de la salud, algunas no serán mencionadas dentro de esta investigación, ya que se considera oportuno hacer uso sólo de aquellas cartas, declaraciones y/o conferencias que competen dentro del tema de la alimentación infantil.

Henry Sigerist, fue el primero en usar el término de “promoción de la salud” para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida. Por otro lado, Thomas McKeown, quien documentó científicamente los hechos que prueban que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840 se debió en mucho mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida [...], McKeown (1985) señala; “El progreso de la salud en los tres últimos siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos [...]”. (McKeown, 1982: 22), Sin lugar a duda, como establece Restrepo (2001a), las contribuciones más notables a la Teoría de la Promoción de la Salud, es fundamental que su desarrollo se inicia con un cambio [...]. El concepto [...] se ha generalizado con un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto positivo que integra todas las características del bienestar humano y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas, necesidades básicas, en apartados posteriores se menciona la Teoría de las necesidades humanas de Maslow, en donde a grandes rasgos se refiere que a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras

necesidades, siguiendo la misma línea otra de las características es el derecho a otras aspiraciones, que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener dónde vivir, qué comer, dónde acudir si se está enfermo y contar con un trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de vida; [...] llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine (Restrepo, 2001a: 22-24).

En adición, la Teoría de Antonovsky (1979) para quien la base de la salud es lo que llamo “Sentido de la Coherencia”, definido como “una orientación general que expresa la magnitud del profundo sentimiento de confianza constante pero dinámico, los entornos interno y externo de cada uno, son predecibles y hay grandes probabilidades de que todo vaya tan bien como es razonable esperar” (Antonovsky, 1979: 6). Al mismo tiempo Restrepo (2001b) refiere a lo que ha surgido después, pertenece a la construcción del marco de referencia de la nueva disciplina de la promoción de la salud en las últimas dos décadas, se destacan diversos documentos con planeamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales, cartas, etc., de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en la nueva salud pública, como se conoce a la promoción de la salud [...]. (Restrepo, 2001b: 22-24). En la literatura sobre promoción de la salud la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1998, ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes sociales de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas de los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y

servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud (OMS, 1998: 10-12).

Carta de Marc Lalonde, Canadá.

Marc Lalonde en 1974, marca el principio de la era moderna en Promoción de la Salud, Lalonde, presentó un trascendente documento de trabajo: “Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses”, en este se mostraba la preocupación con la escalada de costos en el cuidado de la salud, la baja prioridad que se le asignaba a la prevención [...] Este fue el primer documento político que utilizó el término “Promoción de la Salud” y lo colocó en el contexto del pensamiento estratégico en salud (Lalonde, 1974: 149).

Declaración Alma-Ata, Kazajistán.

De acuerdo a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, reunida en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978, señala en el párrafo I, “La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”, siguiendo la misma línea en el párrafo II, “La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países”, En el párrafo III, [...] La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz”. conforme al párrafo VII, inciso 3) “Comprende cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de

prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, [...] (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Américas, 1978: 1-3).

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa-Canadá.

La primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud reunida en Ottawa Canadá el día 21 de noviembre de 1986, con el objetivo “Salud para todos en el año 2000”, donde señala; La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la Promoción de la Salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud. La Promoción de la Salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial (Ministry of Public Works and Government Services, 1997: 1).

Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud Adelaide, Australia.

La segunda conferencia internacional sobre Promoción de la salud, celebrada en Adelaide, Australia en 1988, con el objetivo, “Políticas públicas favorables a la salud”, El espíritu de Alma-Ata estaba presente en la carta para la promoción de la salud, adoptada en Ottawa Canadá en 1986. La carta planteaba el reto de un movimiento hacia la nueva salud pública al reafirma que la justicia social y la equidad son los requisitos para lograr la salud, por otra parte, la promoción de la causa y la intervención de mediadores son los procesos necesarios para su logro, la carga identificó cinco áreas de acción para la promoción de la salud; formular políticas públicas para la salud, crear entornos propicios para la salud, desarrollar las aptitudes personales, fortalecer la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud; Estas acciones son interdependientes, pero las políticas públicas para la salud crean el entorno que hace posible las otras cuatro (Recomendaciones de Adelaide, 1988: 1-4).

Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México.

La quinta conferencia mundial de promoción de la salud, celebrada en la Ciudad de México el 5 de junio de 2000, bajo el lema “promoción de la salud: hacia una mayor equidad”, señala en su párrafo II, “Que la promoción del desarrollo sanitario y social es un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos; que comparten todos los demás sectores de la sociedad, en el párrafo VII, menciona que ”La promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos. En adición en el párrafo VIII, señala, “[...] que existen abundantes pruebas de que las buenas estrategias de promoción de la salud son eficaces. [...]. Dentro de las acciones en el inciso A) señala “Situación la promoción de la salud como prioridad fundamental en las

políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales”
(Quinta conferencia mundial de Promoción de la Salud, 2000: 1-2).

CAPÍTULO 2. ALIMENTACIÓN INFANTIL

2.1 Alimentación y nutrición.

Con base a lo anterior, la segunda conferencia internacional sobre promoción de la salud también señala; la eliminación del hambre y la malnutrición es un objetivo fundamental de las políticas públicas para la salud. Tal política debe garantizar el acceso universal a cantidades adecuadas de alimentos saludables de maneras que sean culturalmente aceptables. Las políticas de alimentación y nutrición deben integrar métodos de producción y distribución de alimentos, tanto privados como públicos, para lograr precios equitativos. Una política de alimentación y nutrición que integre los factores agrícolas, económicos y ambientales para asegurar un efecto positivo sobre la salud a nivel nacional e internacional debe ser una prioridad para todos los gobiernos. La primera etapa de tal política sería el establecimiento de metas para la nutrición y el régimen de alimentación. Deben preverse subsidios y esquemas tributarios favorables al acceso fácil a todos los alimentos saludables y a un mejor régimen alimentario. La Conferencia recomienda que los gobiernos tomen medidas inmediatas y directas a todos los niveles para hacer uso de su poder adquisitivo en el mercado de los alimentos y así asegurar que el suministro de alimentos que está bajo el control específico (como servicios de comidas en hospitales, escuelas, guarderías infantiles, servicios de bienestar y lugares de trabajo) permita el acceso rápido de los consumidores a los alimentos nutritivos (Recomendaciones de Adelaide, 1988: 1-4).

La alimentación es importante para todo ser vivo, ya que es un proceso mediante el cual se adquieren nutrientes, pero para llegar al segundo concepto primero tendremos que definir qué es la alimentación, a lo largo del tiempo se han tenido distintas concepciones del vocablo alimentación, desde enfoques sociales, culturales y tradicionales, sin embargo, antes de adentrarnos a este tema, es necesario precisar que, “La palabra alimento viene del latín *alere* que significa criar, nutrir, hacer crecer, que satisface necesidades biológicas y sociales”

(Velásquez, 2006: 3); con base a lo anterior, el alimento es todo aquello que ingerimos para mantener una adecuada salud, o simplemente para satisfacer una necesidad, pues no todo lo que se consume resulta benéfico para el organismo. Fonseca (2019) señala: “La alimentación es la acción voluntaria por medio de la cual, el individuo ingiere comestibles. La alimentación varía según la cultura, la situación económica, el gusto y el estado de ánimo” (Fonseca, 2019: 283).

Si bien la alimentación es necesaria para los seres vivos, esta alimentación tendrá que tener los nutrientes que el cuerpo necesita para desarrollarse o llevar a cabo sus actividades diarias, no es lo mismo alimentarse que nutrirse, por ello definiremos la nutrición. Macías, (2009); la define: “Como el estudio de la totalidad de la relación entre las características funcionales del organismo (comportamiento metabólico) y su medio ambiente dando énfasis al aporte calórico que proporcionan los alimentos, así como la importancia de una dieta”, es decir, es un proceso involuntario que lleva a cabo nuestro cuerpo, obteniendo de los alimentos los nutrientes necesarios para realizar las actividades cotidianas (Macías, 2009: 4).

Hasta el momento se ha mencionado que la alimentación es un acto voluntario en el cual se lleva a la boca algún comestible, por su parte la nutrición es un proceso que realiza nuestro cuerpo de forma involuntaria, por consiguiente un nutriente “es una sustancia química que contienen los alimentos y que el organismo utiliza para la formación de nuevos tejidos durante el crecimiento, para reemplazar los tejidos que se desgastan o destruyen, para la reproducción y como fuente de energía para llenar las necesidades calóricas del organismo”(Fonseca, 2019e: 206).

Por otro lado, ahora que ya mencionamos los términos anteriores, que son parte fundamental y que al mismo tiempo se estarán mencionando a lo largo de este trabajo de tesis, es conveniente que retomemos una teoría que prioriza a la alimentación, En 1943, Abraham Maslow en “La “Teoría de la Motivación Humana”, propone una jerarquía que se modela identificando cinco niveles de

necesidades, de las cuales sólo haré mención al nivel 1 en donde se encuentran: las necesidades fisiológicas; se trata de las necesidades más básicas del ser humano como lo son: alimentarse, dormir, respirar y son aquellas de las que depende su supervivencia, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que sólo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad, en efecto partiendo de la alimentación considerada como una necesidad fisiológica, si no se satisface el ser humano no podría desempeñarse completamente y le resultaría muy difícil continuar con los siguientes niveles de necesidad (Colvin y Rutland 2008) (Quintero, s. f: 77).

2.2 Infancia.

En la etapa de la infancia, Jean Piaget hace mención a la “Teoría del Aprendizaje” donde señala que las niñas y los niños, comienzan a aprender acerca del mundo a través de sus sentidos acompañada de la actividad motriz, Piaget describe, en la etapa preoperacional. que comprende de los dos a los siete años de edad, se caracteriza por la generalización del pensamiento simbólico y el lenguaje, por otra parte, tal como se mencionó anteriormente las y los menores comienzan la construcción de sus aprendizajes a través de lo que perciben y no es necesario que en estas edades los infantes, tengan un contacto visual directo con los objetos, sino que basta simplemente con tener una noción del objeto para que después lo imaginen, luego lo deseen y por último lo obtengan, tal es el caso, cuando una niña o un niño, pueda tener calor y la necesidad de beber agua y pedirla con tan sólo, señalar o hacer gestos para poder obtenerla (Papalia, 2016: 207).

Así mismo, otra de las teorías que resultan relevantes bajo el enfoque del concepto de la infancia, es la propia “Teoría Sociocultural de Vygotsky”, donde se menciona que la niña o el niño se encuentra “sostenido” por sus cuidadores primarios durante su proceso de aprendizaje, para realizar una tarea en concreto hasta que sea capaz de hacerla por sí mismo y sin apoyo, señalando lo anterior

como el “andamiaje”. Vygotsky, sostenía que las niñas y los niños desarrollan paulatinamente su aprendizaje mediante la interacción social: adquieren nuevas y mejores habilidades cognitivas como proceso de vida rutinaria y familiar. Así es como, la “Teoría Sociocultural de Vygotsky”, señala “la zona del desarrollo próximo”, que existe entre lo que las niñas y los niños pueden comprender cuando se les muestra cómo realizar una acción en específico, y lo que pueden generar de forma autónoma, en efecto como se menciona las y los menores necesitan de un sostén o de un apoyo que los guíe en el proceso de su aprendizaje, ya que en la mayoría de los actos que vean reflejados en sus cuidadores primarios, se verán replicados en los menores, tal es el caso de enseñarle a un niño a beber agua simple, si nota el menor que la madre, el padre o quien esté bajo el cuidado del menor, le enseña y además ve esta conducta en el cuidador primario, el menor reforzará este aprendizaje, puesto que como anteriormente lo mencionan tanto en la teoría de Jean Piaget como en la de Vygotsky, los menores comenzarán a construir su aprendizaje a través de lo que observan y lo interiorizan, para después replicarlo (Carrera & Mozzarella, 2001: 4143).

Otro de los elementos que es necesario analizar es la palabra infancia, Vicente, (s. f.) menciona que la palabra infancia, viene del latín *infans* que significa “el que no habla, basado en el verbo (hablar, decir)”. (Vicente, s.f: 1) Entendiendo esta concepción, para las niñas y los niños que oscilan aproximadamente menores de 3 años de edad, sin embargo, para el caso que se estudia, el rango de la población oscila entre las edades de la primera infancia y la etapa de la infancia. Jaramillo (2007) define a la primera infancia como: “El periodo de la vida, de crecimiento y desarrollo comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente y que se caracteriza por la rapidez de los cambios que ocurren. La primera etapa en la infancia es decisiva en el desarrollo, pues de ella va a depender toda la evolución posterior del niño en las dimensiones motora, lenguaje, cognitiva y socioafectiva, entre otras” (Jaramillo, 2007:110). Por otro lado, para Montessori la etapa de la infancia comprende desde los 6 a 11 años,

aproximadamente, es la etapa crucial en el desarrollo de los seres humanos, y es tarea de la educación el fomentar y ofrecer los medios adecuados para que los niños construyan una identidad autónoma y también respetuosa de quienes se encuentran a su alrededor (Martínez, 2022: 1). Tanto para Jaramillo (2007), como para Montessori Martínez (2022); la etapa de la primera infancia y la etapa de la infancia se comprenden de cambios significativos en donde reconocen que en estas etapas los infantes construyen su identidad, el aprendizaje, su autonomía, el lenguaje, y sus emociones.

Además de lo anteriormente mencionado, también se presentan cambios en el crecimiento y el desarrollo de las y los menores, Fonseca (2019e); define a ambos términos como; el crecimiento por lo general se emplea para determinar aquellos aspectos de la maduración que pueden quedar reducidos a las medidas del individuo, como, por ejemplo: en los tejidos óseos y musculares; por otra parte, el desarrollo implica los cambios en la función de los órganos y los sistemas del cuerpo, recordemos que tanto el crecimiento y el desarrollo ocurrirán de forma paulatina y dependen de ciertos factores para que suceda (Fonseca, 2019e: 206).

Como anteriormente se ha planteado, la alimentación constituye uno de los principales caminos de encuentro y relación con el crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas de tal modo, como lo menciona Meléndez (2017b); “la relación alimentaria es un proceso interactivo en el que participa la madre, o un sustituto del niño y es complementado por el padre” (Meléndez, 2017b: 102-106); además de ello, se conforma con todas aquellas interacciones que suceden en torno a la alimentación: selección, compra, ingestión, actitudes y comportamientos, desafortunadamente cuando la alimentación en la infancia no es adecuada, el crecimiento y el desarrollo de las y los menores se darán de manera desfavorable y es muy probable que no se llegue a tener la estatura, el peso, las habilidades cognoscitivas y motoras que podrían haberse alcanzado si la alimentación hubiera sido la conveniente (Meléndez, 2017a: 99).

2.3 Pobreza.

En tercer lugar, uno de los elementos a definir es el término, pobreza que de igual manera como en el caso de la alimentación infantil se estudiará a partir del concepto, para ello la Real Academia Española (2021) menciona; la pobreza proviene de la palabra “*pobre*”, cuyo adjetivo es; necesitado, es decir en otras palabras, que no tiene lo necesario para vivir y cubrir sus necesidades más básicas como; la alimentación, la salud y la vivienda (Real Academia Española, 2021: 1).

Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su informe de desarrollo humano (2000); define a la pobreza humana como; "el empobrecimiento en múltiples dimensiones: la privación en cuanto a una vida saludable, al conocimiento, a un nivel de vida decente y a la participación" (PNUD, 2000:17). No obstante, el Banco Mundial ha señalado que aun cuando la pobreza se ha definido como la falta de lo necesario para asegurar el bienestar material, ésta también comprende la ausencia de otros recursos. (UNAM, s.f: 14). En efecto, la concepción de la pobreza surge a partir de la carencia tanto alimentaria, económica, de salud y vivienda, como anteriormente señalamos en el apartado anterior, en la teoría de la motivación humana, cuando aparece una necesidad que se originan de las carencias se comprometen otras necesidades y resulta aún más desfavorable poder cubrirlas si la pobreza impera sobre estas necesidades humanas.

Sumado a esto, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) 2020; define al término, pobreza, como a una persona que tiene al menos una carencia social³, y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias (Glosario, 2020a: 1). Cabe señalar que la pobreza alimentaria se define como; la incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aún si

³ En los seis indicadores de rezago, educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación.

se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta. (Glosario, 2020b: 1), el problema de la pobreza tiene raíces en fuerzas económicas, políticas, culturales y sociales más allá del control inmediato del individuo. Estas fuerzas perpetúan un proceso en el que ciertos individuos son vulnerables al pertenecer a grupos desfavorecidos, residir en barrios empobrecidos y participar en redes sociales⁴ de escasos recursos. En este proceso, los pobres, vulnerables o marginados están socialmente excluidos, estigmatizados culturalmente, políticamente marginados y atrapados en el mercado laboral de bajos salarios (Royce, 2008: 32). La pobreza, directa causante de inseguridad alimentaria, es el resultado en muchas ocasiones de un desigual reparto de la riqueza y las oportunidades (Guardiola, 2010: 2). Con lo anterior es pertinente resaltar que la pobreza coloca al grupo etario infantil en situaciones desfavorables, ya que a partir de la escasez de alimentos nutritivos lamentablemente se puede comprometer su salud: física, cognitiva, incluso el crecimiento y el desarrollo de los infantes, la vivencia de la pobreza en la infancia en sus múltiples dimensiones malnutrición, dificultades de acceso a educación, enfermedades relacionadas a la no existencia de servicios públicos de salud o la falta de saneamiento básico, etc., perjudica la formación física y mental de los niños, convirtiéndolos en adultos que perpetúan el ciclo de la pobreza (ONG Manos Unidas, 2020a: 1).

En el siglo XVIII Adam Smith en su “Teoría económica”, menciona tres aspectos fundamentales; la pobreza, población y demografía, dentro de su teoría menciona que el problema de cómo remediar la pobreza se reducía a hacer que una economía funcionara eficiente y efectivamente, lo cual se lograría en la medida en que prevalecieron las condiciones de lo que llamó, la libertad natural. Aunado a lo anterior, se suma la “Teoría de la renta diferencial”, de David Ricardo desde el punto de vista poblacional, introdujo la Ley de los rendimientos decrecientes. En función de esta, cuando se produce un aumento de la población

⁴ Entiéndase, por red social, como un conjunto de personas que establecen relaciones interpersonales para trabajar en colectivo y de manera organizada para el logro de un objetivo común, es un espacio amplio, participativo y representativo de la sociedad (Barnes, 1954: 39-58).

y demanda de alimentos, se van cultivando cada vez menos tierras fértiles, ello implicaría un aumento continuo de los precios de los alimentos, por tanto, los salarios nominales deberían aumentar, sin embargo para tal caso, la realidad es lamentablemente contraria, en otras palabras, con el crecimiento de la población y la falta de espacios destinados para la agricultura, coloca en desventaja a la población infantil con menos oportunidades de acceso a alimentos de mayor calidad y de nutrientes (Smith, 1981: 77).

De acuerdo con la “Teoría malthusiana”, de Thomas Robert Malthus en el siglo XVIII, desde el punto de vista demográfico, social y poblacional señaló que con la restricción y la prudencia de nupcialidad, se tendrían menos incrementos en la población, con esto se lograría acceder a mejores condiciones de vida, tanto económicas como alimentarias, sin embargo, esto no fue así, ya que con el aumento de nacimientos y la baja producción de alimentos comenzó el declive económico y con ello se fue derivando la pobreza (Philip & Duncan, 1963: 1118).

Otra de las teorías que resulta conveniente citar es la “Teoría de las libertades y las capacidades” por Amartya Sen (2000) quien analizó y explicó cómo mejorar los mecanismos que causan la hambruna, determinó que el problema no es cuantitativo, sino que se refiere a los valores en relación a la distribución de los bienes. Centró su investigación en el estudio del problema desde el enfoque del desarrollo como libertad en el contexto de las “libertades y las capacidades”, lo cual implica estrecha relación por un lado entre pobreza y desigualdad y por otro, entre pobreza y exclusión social (Sen, 2000: 19-47).

La tesis central de Amartya Sen fue desarrollar la concepción de libertad como poder hacer en el enfoque de las capacidades (Sen, 2010: 272-320). Dicho enfoque el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2003; parte de la consideración de los obstáculos que al ejercicio de la libertad personal suponen las capacidades materiales en las que la gente vive, por ejemplo; nivel de ingreso, estado de salud y nutrición, educación, entorno físico y socioeconómico” (PNUD, 2003: 1). Sus críticas, sus nuevos planteamientos, su nuevo enfoque y aporte a la teoría del desarrollo y sus propuestas de políticas

públicas fueron incorporados en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) suscrita por 189 países en la cumbre del milenio de las Naciones Unidas (2000); para eliminar la pobreza. Allí se estructuraron los objetivos para el nuevo milenio propuestos por (PNUD): erradicar la pobreza extrema y el hambre cuya meta es reducirla a la mitad para el año 2015, el porcentaje de personas con ingresos menores a un dólar diario, así como personas que padecen de hambre (Corredor, 2004: 49).

2.4 Desigualdad.

En cuanto al concepto de desigualdad, la Real Academia Española (2021) define al término como; la cualidad desigual que hace relación de la falta de igualdad entre dos expresiones (Asale, 2021: 1); el concepto desigualdad se refiere a cómo ciertas variables se distribuyen entre individuos, grupos de personas o países. La desigualdad se ha centrado desde siempre en medir la distribución de las variables de resultados, como el nivel de ingresos, los logros educativos o el estado de salud (Conconi & Viollaz, 2017: 6); con respecto a la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) 2018a; refiere que la desigualdad limita el crecimiento económico en cuanto restringe el desempeño productivo de algunos segmentos de la sociedad. Estos procesos implican que la sociedad desaproveche las habilidades de ciertos grupos, con la consecuente pérdida de talento, eficiencia y contribuciones al desarrollo económico, las desigualdades de acceso a la educación, la salud, y la alimentación al reducir las capacidades y las oportunidades [...] (CEPAL, 2018a: 29).

Considerando que los indicadores de desigualdad de ingresos no captan plenamente los aspectos esenciales de la desigualdad (Stiglitz, 2016a: 70); en el caso particular el desempleo —la incapacidad del mercado para crear puestos de trabajo para tantos ciudadanos— es el peor fallo del mercado, la principal fuente de ineficiencia y una importante causa de la desigualdad (Stiglitz, 2016b: 26); evidentemente los factores que determinan la desigualdad alimentaria no son sólo estos, sin embargo, ese declive de la igualdad de oportunidades ha ido

de la mano de nuestra creciente desigualdad. De hecho, se ha observado esa misma pauta en otros países, los países con más desigualdad sistemáticamente tienen una menor igualdad de oportunidades y la desigualdad se mantiene, pero lo que resulta especialmente alarmante de esa relación es lo que augura para el futuro del país: el aumento de la desigualdad durante los últimos años sugiere que, en el futuro, el nivel de igualdad de oportunidades se reducirá y que aumentará el nivel de desigualdad, a menos que hagamos algo (Stiglitz, 2012c: 65).

Para Paes de Barros y otros (2009) [...] señalan en la teoría de la desigualdad moderna, [...] asumen que el factor clave de la desigualdad es el proceso intermedio de asignación, antes que la distribución final de dichos recursos. Este proceso está relacionado con los dos factores determinantes de las ganancias económicas individuales: el esfuerzo individual, medido por situaciones que los agentes pueden controlar, y circunstancias fuera del control de los individuos como la raza, el género y el origen socioeconómico, entre otros, en muchas sociedades, las oportunidades desiguales causadas por las circunstancias al nacer, como el origen étnico, el género, el lugar de origen y los antecedentes familiares, que están fuera del control del individuo, condicionan los resultados que los individuos pueden lograr en la vida. De este modo, existe un importante desafío para los países en desarrollo en torno a la igualdad de oportunidades: cambiar la estructura de oportunidades como vía de construcción de vida democrática y reducción de conflictos sociales, y modificar la ineficiencia económica que genera la desigualdad en ciertas circunstancias (Paes de Barros y otros, 2009: 27).

Por otra parte, existen distintos tipos de desigualdad, sin embargo, analizamos tres de ellos, los cuales son; en primer lugar, la desigualdad social; se produce cuando una persona recibe un trato diferente como consecuencia de su posición social, su situación económica, [...] (Español, 2020a: 1); en segundo lugar, la desigualdad económica; se refiere a la distribución de la riqueza entre las personas. Las diferencias de ingresos entre las personas más ricas y las más

pobres supone un problema de acceso a bienes y servicios para las personas con menos recursos. (Español, 2020b:1) y por último la desigualdad alimentaria, se trata de ingestas de menor calidad nutricional que ni siquiera son reconocidas socialmente como comidas y que pueden llegar a tener efectos en su salud, expresados en malnutrición y sobrepeso u obesidad (Martin & Ferris, 2007: 31-36); las desigualdades sociales y las demográficas. De acuerdo con un estudio [...], además de ser mayoritariamente pobres, presentan rasgos indígenas, habitan en zonas rurales [...] tienen poco acceso a los servicios de agua potable y saneamiento, poseen un bajo nivel educativo, y son herederos de las condiciones socioeconómicas desfavorables [...] (Martínez, 2005: 10-11).

Hernan San Martin (1985) asegura que:

La mala salud de los grupos pobres de la población, tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados, no se produce por comportamientos errados, como lo pretenden las teorías comportamentales sino por la desigualdad de distribución del poder político, económico y social en las sociedades de clases [...] La mayoría, sino todos, los problemas de salud de los seres humanos actuales son de naturaleza política y económica y su solución es política y económica, y no sólo técnica administrativa (San Martin, 1985: 106-107).

2.5 Derechos Humanos.

En cuanto al concepto de derechos humanos, la Real Academia Española (2021); lo define como; el conjunto de los derechos inherentes a todas las personas derivados de su propia naturaleza, en cuanto el hombre es un ser intrínsecamente social, que les permiten el libre desarrollo de su personalidad (Real Academia Española, 2021: 1). Como lo señala el segundo artículo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), son derechos que nos pertenecen a todas y todos por el simple hecho de ser humanos: Álvarez, (2009a) “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta

declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (Álvarez, 2009a: 17-21).

Por otra parte, los Derechos Humanos son un conjunto de principios y garantías básicas para el ser humano, representadas por afirmaciones o ratificaciones del valor dignidad y el respeto de la persona frente al Estado (Álvarez, 2005: 21); en efecto, [...] los derechos humanos, son derechos inalienables y pertenecientes a todos los seres humanos; necesarios para asegurar la libertad y el mantenimiento de una calidad de vida digna están garantizados a todas las personas en todo momento y lugar. (Sánchez, 2006: 19), sumado a esto, los Derechos Humanos aparecen como un conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico, concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional" (Fernández, 1983: 60-100).

Álvarez (2009b); define a los derechos humanos, como: exigencias elementales, que pueden plantear cualquier ser humano por el hecho de serlo, y que tiene que ser satisfechas por que se refieren a necesidades básicas, cuya satisfacción es indispensable para que puedan desarrollarse como seres humanos. Son derechos tan básicos que sin ellos resulta difícil llevar una vida digna, son universales, prioritarios e innegociables. Por otra parte, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), define a los derechos humanos como; inherentes [...] nos permite desarrollarnos plenamente y hacer uso de nuestras cualidades humanas, nuestra inteligencia, aptitudes y conciencia [...] se basan en el deseo, cada vez más extendido en las humanidades de vivir una vida en la que se respeten y protejan la dignidad y valor inherentes de cada ser humano. Álvarez, 2009b:17-21); en palabras de Orozco & Silva (2002); los Derechos Humanos como su nombre lo indica, son todos aquellos derechos que tiene cada hombre o mujer por el simple hecho de serlo y formar parte de la sociedad en que vive. Los titulares de estos derechos

son todos los seres humanos: tanto las mujeres como los hombres, los niños como los ancianos, los nacionales, como los extranjeros, [...] los Derechos Humanos son un factor indispensable para que el ser humano se desarrolle, en todos los planos de la vida, de manera individual y como miembros de la sociedad. Sin estos derechos es imposible vivir como ser humano. La importancia de los Derechos Humanos radica en su finalidad de proteger principalmente la vida, la libertad, la dignidad, la igualdad, la seguridad, la integridad física y la propiedad de cada ser humano (Orozco & Silva, 2002: 7-9).

Con base a Álvarez (2009); la clasificación de los derechos humanos donde se establecen tres generaciones, pero en lo que respecta estudiaremos la segunda generación, que comprende a los Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales (DESCA), donde se establece: el derecho a la educación, a la libre determinación, al trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo, [...] protección y asistencia a la familia, a un nivel de vida adecuado, a la alimentación, a la vivienda, a la salud y a un medio ambiente sano. De acuerdo a esta división los derechos de segunda generación constituían una obligación de hacer del estado, es decir, que este actuara en pro de su satisfacción (Álvarez, 2009c: 17-21).

Las definiciones de derechos humanos son infinitas, muchas enfatizan que son aquellos que la persona posee por su propia naturaleza y dignidad, son aquellos que le son inherentes [...]; qué son los que concretan en cada momento histórico las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, [...], y que deben ser reconocidos y respetados [...] imprescindibles para poder conducir una vida digna [...]. (Truyol, 1984: 11). Con referencia a la teoría del liberalismo la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM) 2011, señala cuatro conceptos básicos para entender esta teoría, del cual analizaremos el tercer concepto donde menciona, que la existencia de derechos naturales inherentes a todas las personas y previos a la celebración de este contrato— son el principal fundamento y objetivo— A partir de esa lógica es que los derechos se conciben como derechos naturales. (CDHCM, 2011: 15). Los derechos

humanos tienen atribuidos en un sistema normativo. (Amuchastegui, 2002: 1-251); [...] constituyen componentes esenciales de nuestra visión del mundo. forman parte de nuestro modo usual de conceptualizar y evaluar aspectos importantes sobre materias personales, sociales y políticas. (Rabossi, 1990: 159). En efecto, existen interpretaciones muy diversas de los derechos humanos y hoy incluso podría hablarse de una cierta pérdida de sentido del concepto desde el momento en que todas las ideologías parecen estar de acuerdo en que los derechos humanos constituyen el contenido fundamental de la idea de justicia [...] (Atienza, s.f: 13-14).

Los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) 2018, se identifican como aquellos derechos que se relacionan con la satisfacción de necesidades básicas de las personas, y comprenden distintos derechos humanos, entre ellos: los derechos a un nivel de vida adecuado, a la alimentación, a la salud, al agua, al saneamiento, al trabajo, a la seguridad social, a una vivienda digna y decorosa, a la educación, a la cultura, así como al medio ambiente sano. Para la realización de estos derechos, cada Estado tiene la obligación de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, administrativas o de otra naturaleza, la plena efectividad de estos derechos, evitando tomar medidas regresivas. La obligación de las autoridades para cumplir con los mínimos indispensables de estos derechos es ineludible (CNDH, 2018: 1).

2.6 Derechos de la Infancia.

De acuerdo, la Cartilla de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes (2022); menciona; los derechos del niño: son un conjunto de normas jurídicas que protegen a las personas hasta cierta edad. Todos y cada uno de los derechos de la infancia son inalienables e irrenunciables, por lo que ninguna persona puede vulnerarlos o desconocerlos bajo ninguna circunstancia. Los derechos de las niñas, niños y adolescentes, son aquellos que establecen condiciones especiales

de protección para esta población específica. (Cartilla de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes, 2022: 1-12) Todas las autoridades, en el ámbito de su competencia, están obligadas a reconocer que niñas, niños y adolescentes son titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; por tanto, el interés superior de la niñez debe ser considerado primordialmente en la toma de decisiones relativas a personas menores de edad (Inmujeres, 2021: 1); Por su parte la Convención de los Derechos del niño define el término niño “[...] todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.” (CNDH, 2006: 10).

En cuanto a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) 2014; señala en su artículo 1, título primero, I. Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, con capacidad de goce de los mismos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; II. Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano forma parte; III. Crear y regular la integración, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA), a efecto de que el Estado cumpla con su responsabilidad de garantizar la protección, prevención y restitución integrales de los derechos de niñas, niños y adolescentes que hayan sido vulnerados (CNDH, 2014: 1-2).

Aunado a lo anterior la Ley para la protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, (2000a); en su título primero artículo 3 menciona; “La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad” (Ley para la

promoción de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, 2000a: 1); Por último, cabe resaltar el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde menciona: " Las niñas y los niños tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral" (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2001: 911).

2.7 Derecho alimentario.

Con base en lo anterior, la alimentación es un derecho básico, fundamental, que contribuye a la vida digna de las personas y es vital para el goce de otros derechos como a la salud, la vida o la educación, llevando al desarrollo pleno de sus capacidades físicas y mentales (SNDIF, 2020: 1); El derecho a la alimentación está incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, Art. 25) y en los varios tratados internacionales que, sobre la materia, y con carácter vinculante, ha signado el Estado Mexicano, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, Art. 11). Por tanto, el Estado mexicano está obligado a su cumplimiento (CNDH, 2018: 1).

Conforme a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) 1996, definen el derecho a la alimentación como; "El derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna" (FAO, 1996: 1). Por su parte la Observación general N° 12 indica que el derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando "Todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene accesos físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla" y especifica que no debe interpretarse restrictivamente a un

conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos (ONU, 2021: 1).

A su vez el capítulo segundo de la Ley para la protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, (2000b); que comprende a las obligaciones de tutores y custodios. en el Artículo 1, inciso A) menciona.” Son obligaciones de madres, padres y de todas las personas que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes: A). Proporcionarles una vida digna, garantizarles la satisfacción de alimentación, [...] Para los efectos de este mandato, la alimentación comprende esencialmente la satisfacción de las necesidades de comida, habitación, educación, vestido, asistencia en caso de enfermedad y recreación. (Ley para la protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, 2000b: 3). Por último, la Convención sobre los Derechos de los niños en su artículo 24 dice:

“Los niños tienen derecho a la mejor atención de la salud que se les pueda brindar, al agua limpia para beber, a una alimentación sana y a un entorno limpio y seguro en el que vivir. Todos los adultos y los niños deben disponer de información sobre cómo mantenerse seguros y saludables.” (UNICEF, 2012: 5).

CAPÍTULO 3. ESTUDIOS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL

3.1 Estudios Internacionales.

Actualmente en el mundo hay 1.500 millones de niños, por su parte de acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) 2018 se estima que en el año 2015 (Tabla 1) había 670.674 millones de niñas y niños de 0-4 años en el mismo año había 644.706 millones de niñas y niños en el mundo de 5-9 años, siguiendo la misma línea para el año 2020 había 677.942 millones de niñas y niños de 0-4 años en el mismo año había 664.439 millones de niñas y niños en el mundo de 5-9 años, (ONU, 2018).

Tabla 1.- Total de niños en el mundo en el periodo, 2015 y 2020

1,500 millones de niños y niñas hay en el mundo		
Año	0-4	05 a 9
2015	670.674	644.706
2020	677.942	664.439

Fuente: Elaboración propia con datos de las Organización de las Naciones Unidas (ONU) Organización de las Naciones Unidas. (2018) Infancia y juventud en el mundo en datos y gráficos. <https://www.epdata.es/datos/juventud-mundo-datos-graficos/431>

Tabla 2.- Padecimientos de niñas y niños menores de 5 años en el mundo

Padecimiento	Niñas y niños menores de 5 años de edad
Emaciación ⁵	52 millones
Emaciación grave	17 millones

⁵ Emaciación proviene del latín emaciāre 'debilitar' Adelgazamiento morboso (Asale, 2021: 1).

Retraso del crecimiento	155 millones
Sobrepeso/obesidad	41 millones ,t5

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. (2021, 9 junio). Malnutrición: Datos y Cifras; alcance del problema. (pp.1-4) Recuperado 14 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición, en su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Se calcula que, en el año 2016, (Tabla 2) 155 millones de niños menores de 5 años presentaban retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tienen sobrepeso o eran obesos. (OMS, 2021: 1-4). En ese sentido, se calcula que 45 millones de niños menores de cinco años padecían emaciación, la forma más mortífera de malnutrición, que aumenta hasta 12 veces el riesgo de mortalidad infantil. Además, 149 millones de niños menores de cinco años sufrían retraso en el crecimiento y el desarrollo debido a la falta crónica de nutrientes esenciales en su dieta [...] (OMS, 2022: 2).

Tabla 3.- Niñas y niños que han padecido hambre en el año, 2019, 2020 y 2021

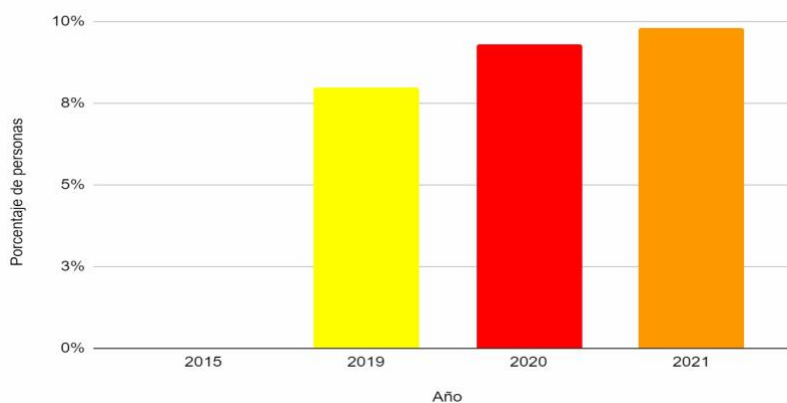
Año	Millones de niñas y niños han padecido hambre
2019	828 millones
2020	46 millones
2021	150 millones

Fuente: Elaboración propia con datos de Shekar, et al. (2017). WB Report 2017: Improving Nutrition Through Multisectoral Approaches (p.1)

En todo el mundo, más de 170 millones de niñas y niños no alcanzan su máximo potencial debido a la mala nutrición y 2 mil millones de personas sufren los

efectos de deficiencias nutricionales. También se estima que la desnutrición representa una reducción del 10% en los ingresos a lo largo de la vida, lo que supone una enorme carga para las economías locales y nacionales, (Tabla 3) hasta 828 millones de personas han padecido hambre en el año 2019, 46 millones de personas más que el año 2020 y 150 millones de personas más que en 2019 (Shekar, et al, 2017:1).

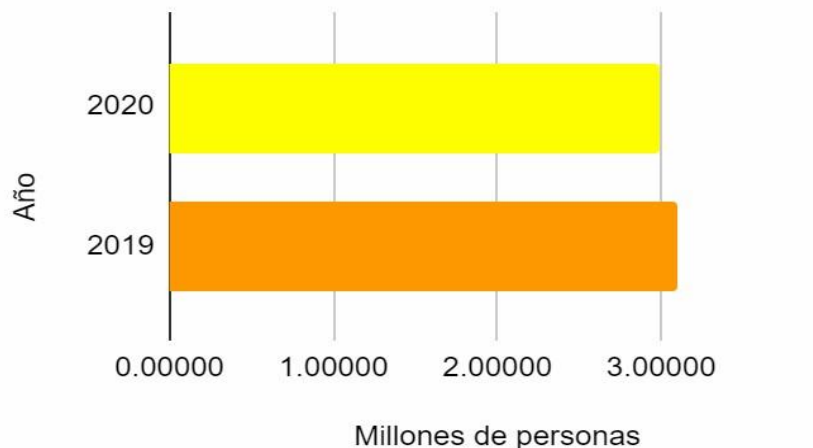
Gráfica 1.- Personas afectadas por hambre, 2015-2021



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Mundial de la Salud. (2022, 6 julio). *Informe de las Naciones Unidas: las cifras del hambre en el mundo aumentaron hasta alcanzar los 828 millones de personas en 2021.* (p.2) Recuperado 15 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/06-07-2022-un->

Tras permanecer relativamente sin cambios desde 2015, el porcentaje de personas afectadas por el hambre se disparó en el año 2020 y siguió aumentando en el año 2021, hasta alcanzar el 9,8 % de la población mundial, frente a los porcentajes del 8% registrado en 2019 y el 9,3 % en 2020 (Gráfica 1) (OMS, 2022: 2).

Gráfica 2.- Personas que no pudieron permitirse mantener una dieta saludable, 2019-2020



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Mundial de la Salud. (2022, 6 julio). Informe de las Naciones Unidas: las cifras del hambre en el mundo aumentaron hasta alcanzar los 828 millones de personas en 2021. (p.2) Recuperado 15 de octubre de 2022 de <https://www.who.int/es/news/item/06-07-2022-un-report--global-hunger-numbersrose-to-as-many-as-828-million-in-2021>

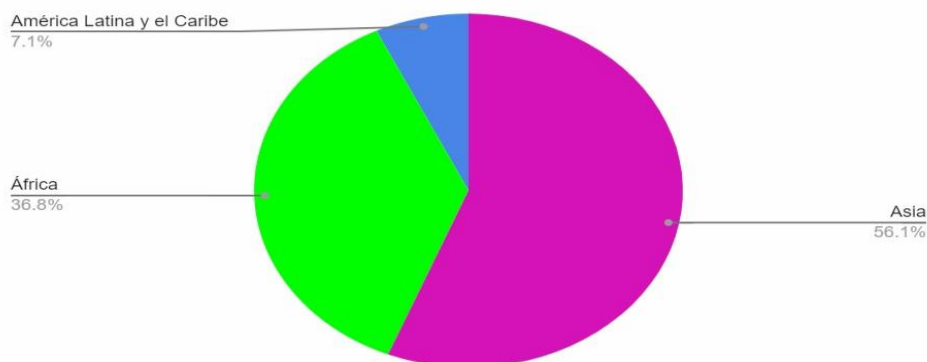
En el año 2019, (Gráfica 2) casi 300.100 millones de personas no pudieron permitirse mantener una dieta saludable, es decir, 112 millones menos que en 2020, lo cual refleja los efectos de la inflación de los precios de los alimentos al consumidor derivada de las repercusiones económicas [...] (OMS, 2022: 2).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS,2020), señala que el número de personas que padecen hambre está aumentando, según los resultados de un estudio anual de las Naciones Unidas en los últimos cinco años, decenas de millones han engrosado la región de personas que sufren subalimentación crónica⁶ y los países de todo el mundo siguen enfrentándose a múltiples formas de malnutrición. Se estimó que casi 690 millones de personas pasó hambre en 2019 (un aumento de 10 millones de personas desde 2018 y de

⁶ La subalimentación significa que una persona no puede adquirir alimentos suficientes para satisfacer las necesidades de energía alimentaria mínimas diarias durante un período de al menos un año. La FAO define el hambre como sinónimo de subalimentación crónica.(FAO, 2022: 1)

casi 60 millones en cinco años). Los altos costos y la escasa asequibilidad⁷ impiden también a miles de millones de personas lograr una alimentación saludable o nutritiva, debido a significativas actualizaciones de los datos sobre China y otros países muy poblados, se han reducido de forma considerable las estimaciones del número total de personas que sufren hambre, hasta 690 millones. Sin embargo, no se han producido cambios en la tendencia. Al revisar toda la serie de informes sobre el hambre desde el año 2000, se llega a la misma conclusión: tras disminuir de forma constante, el hambre crónica comenzó a crecer lentamente en 2014 y sigue en aumento (OMS, 2020: 1.4).

Gráfica 3.- Número de personas subalimentadas en el mundo, 2020.



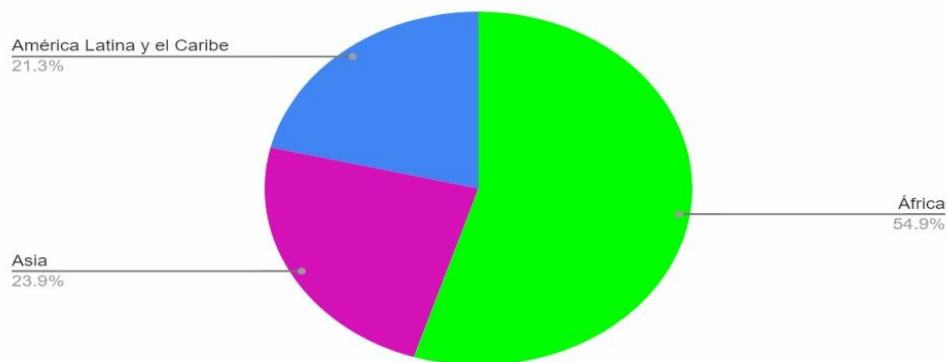
Fuente: Elaboración Propia con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Mundial de la Salud. (2020, 13 julio). Con el aumento del hambre y la persistencia de la malnutrición, el logro del hambre cero para 2030 es dudoso, advierte un informe de las Naciones Unidas. (pp. 1-4) Recuperado 15 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/13-07-2020-as-more-go-hungryand-malnutrition-persists-achieving-zero-hunger-by-2030-in-doubt-un-report-warns>

Conforme a la (Gráfica 3) Asia sigue albergando al número más elevado de personas subalimentadas representando el 56.1%. África ocupa el segundo lugar

⁷ Se deriva del latín, ya que procede del verbo latino “assequor”, que puede traducirse como “alcanzar” o “seguir hasta llegar a algo”, se emplea para calificar a aquello que está al alcance o que es posible de conseguir. En concreto, se considera que un artículo lo es cuando se ajusta al bolsillo del comprador, es decir, cuando la mayoría de los ciudadanos de a pie pueden adquirirlo porque cuenta con un precio barato. (Definición de, 2022: 1)

manifestando el 36.8%, seguida de América Latina y el Caribe ocupando el 7.1%. La prevalencia mundial de la subalimentación ha variado poco, pero los números absolutos vienen aumentando desde 2014. Esto significa que, en los últimos cinco años, el hambre ha crecido al ritmo de la población mundial.

Gráfica 4.- Porcentaje de personas afectadas por la subalimentación en el mundo, 2021



Fuente: Elaboración Propia con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Mundial de la Salud. (2020, 13 julio). Con el aumento del hambre y la persistencia de la malnutrición, el logro del hambre cero para 2030 es dudoso, advierte un informe de las Naciones Unidas. (pp. 1-4) Recuperado 15 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/13-07-2020-as-more-go-hungry-and-malnutrition-persistsachieving-zero-hunger-by-2030-in-doubt-un-report-warns>

A su vez, (Gráfica 4) ello oculta grandes disparidades regionales: en términos porcentuales, África es la región más afectada y lo es cada vez más, ya que el 54.9% de la población está subalimentada. Este porcentaje duplica con creces la tasa de Asia considerando el 23.9% y de América Latina y el Caribe con el 21.3%. Sobre la base de las tendencias actuales, para 2030, más de la mitad de las personas aquejadas de hambre crónica en el mundo se encontrará en África (OMS, 2020: 1.4).

Conforme a los resultados que emite el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2021." Los niños que viven en las zonas rurales, en los hogares más pobres y en las regiones desfavorecidas de los países reciben una

alimentación menos diversa⁸. Por ejemplo, el porcentaje de niños alimentados con

productos mínimamente diversos es casi el doble en las zonas urbanas (39%) que en las rurales (23%). A pesar del fuerte crecimiento económico que se ha producido durante la última década, las diferencias de equidad en la frecuencia de las comidas y la diversidad de la alimentación entre los niños que viven en los hogares más pobres y más ricos no se han reducido" (UNICEF, 2021: 4-7).

La Agenda de Desarrollo 2030 es un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad. [...] los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2015, están formulados para erradicar la pobreza, promover la prosperidad y el bienestar para todos, proteger el medio ambiente y hacer frente al cambio climático a nivel mundial (ONU, 2019: 11-13).

En suma, resulta considerable mencionar dos de los objetivos de desarrollo sostenibles más significativos con base a esta investigación:

1. Objetivo: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Objetivo: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.

En cuanto al primer (ODS) un dato es: Uno de cada cuatro niños menores de cinco años, en todo el mundo, tiene una estatura inadecuada para su edad, las metas de este objetivo son:

1.1 Para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres, niños y niñas de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.

1.2 Para 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los más vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control

de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías y los servicios económicos, [...].

En cuanto al segundo (ODS) los datos destacables en cuanto al hambre son:

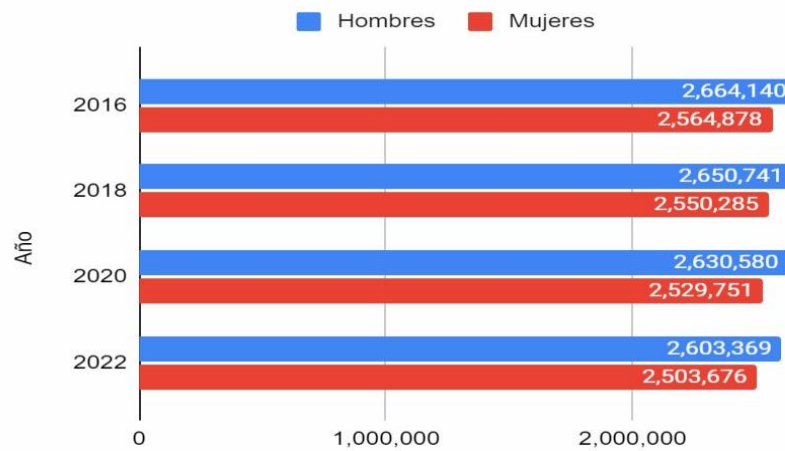
Por alimentación menos diversa se refiere a los niños y niñas no logran acceder a alimentos como frutas, verduras, productos de origen animal, leguminosas, entre otras, derivado de la inequidad que desfavorablemente no se ha logrado reducir. (UNICEF, 201:4-7)

- La mayoría de las personas que sufren de hambre viven en los países en desarrollo, donde el 12.9% de la población se encuentra subalimentada.
- La pobre nutrición causa cerca de la mitad del 45% de las muertes en los niños y niñas menores de 5 años lo que representa 3.1 mil niños y niñas cada año.
- Uno de cuatro niños en el mundo sufre retraso en el crecimiento. En los países en desarrollo, la proporción puede elevarse a uno de cada tres (ONU, 2019:11-13).

3.2 Estudios Nacionales.

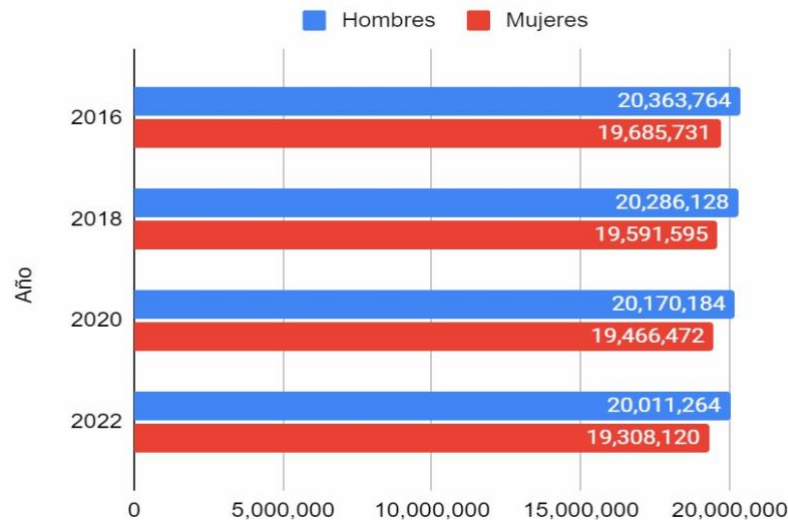
En México en el año 2019, residían 126 millones 577 mil 691 habitantes, porcentaje que se atribuye a los niños y las niñas de 0 a 17 años, representando el 31.4%, considerando que el 50.9% son hombres y el 49.1%, mujeres (Gráfica 5) Ahora bien, considerando la siguiente gráfica, 2.664.140 millones de hombres y 2.564.878 millones de mujeres para el año 2016, sin embargo para el año 2018, el total de hombres es 2.650.741 millones y 2.550.285 millones de mujeres, de acuerdo al año 2020, 2.630.580 millones son hombres y 2.529.751 millones de mujeres, por último para el año 2022, 2.603.369 millones de hombres y 2.503.676 millones de mujeres de 0 a 17 años de edad en México (INFOSIPINNA, 2019).

Gráfica 5.- Total de hombres y mujeres de 0 a 17 años de edad en México, 2016, 2018, 2020 y 2022



Fuente: Elaboración Propia con datos del Sistema Nacional de Información de Niñas, Niños y Adolescentes (INFOSIPINNA) INFOSIPINNA. (2019). Contexto Demográfico. Recuperado 22 de noviembre de 2022 http://portales.segob.gob.mx/es/Derechos_Humanos/Contexto_Demografico. Gráfica 5.- Total de hombres y mujeres de 0 a 17 años de edad en Estados Unidos Mexicanos

Gráfica 6.- Total de hombres y mujeres de 0 a 17 años de edad en Estados Unidos Mexicanos, 2016, 2018, 2020 y 2022



Fuente: Elaboración Propia con datos del Sistema Nacional de Información de Niñas, Niños y Adolescentes (INFOSIPINNA) INFOSIPINNA. (2019). Contexto Demográfico. Recuperado 22 de noviembre de 2022 http://portales.segob.gob.mx/es/Derechos_Humanos/Contexto_Demografico. Gráfica 6.- Total de hombres y mujeres de 0 a 17 años de edad en Estados Unidos Mexicanos

En Estados Unidos Mexicanos (Gráfica 6) durante el año 2016, vivían 20.363.764 millones de hombres y 19.685.731 millones de mujeres, para el año 2018, 20.286.128 millones de hombres y 19.591.595 millones de mujeres, por otro lado, en el año 2020, 20.170.184 millones de hombres y 19.466.472 millones de mujeres, por último, en el año 2022, 20.011.264 millones de hombres y 19.308.120 millones de mujeres de 0 a 17 años de edad en Estados Unidos Mexicanos (INFOSIPINNA, 2019).

Tabla 4- Porcentaje de hogares con menores de 18 años en México en los últimos tres meses del año, 2018

Total, de hogares que han experimentado alguna dificultad para satisfacer sus necesidades alimentarias de los menores.	10.364.301 hogares.
Hogares donde algún menor tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos.	35%
Hogares donde algún menor comió menos de lo que debía comer.	29%
Hogares donde a algún menor se le tuvo que disminuir la cantidad servida en las comidas.	28%
Hogares donde algún menor sintió hambre, pero no comió.	13%

Hogares donde algún menor se acostó con hambre.	13%
Hogares donde, algún menor comió solo una vez al día o dejó de comer todo un día.	9%

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI) INEGI. (2020c, 4 marzo). México en cifras. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapseIndicadores>

Respecto a los datos que se muestran en la (Tabla 4) el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020c (INEGI) registró en la población con menores de 18 años el 35% de los hogares donde algún menor tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos, el 29% de los hogares donde algún menor comió menos de lo que debía comer, por otra parte el 28% de los hogares donde a algún menor se le tuvo que disminuir la cantidad servida en las comidas, mientras que para el 13% de los hogares donde algún menor sintió hambre, pero no comió, bajo el mismo rubro se registraron los hogares donde algún menor se acostó con hambre por último el 9% de los hogares donde, algún menor comió solo una vez al día o dejó de comer todo un día, en relación a lo anterior podemos observar que de 10,364,301 del total de los hogares han experimentado alguna dificultad para satisfacer sus necesidades alimentarias de los menores (INEGI, 2020c).

Tabla 5.- Porcentaje de hogares con mayores de 18 años en México en los últimos tres meses del año, 2018

Total, de los hogares en la República Mexicana.	34.744.818 hogares.
Porcentaje de hogares que han experimentado alguna dificultad para satisfacer sus necesidades alimentarias.	47%
Hogares que presentan preocupación de que la comida se acabara.	41%
La alimentación de los adultos estaba basada en muy poca variedad de alimentos.	32%
Adultos que comieron menos de lo que debían comer.	23%
Adultos que dejaron de comer o cenar.	14%
Adultos que se quedaron sin comer.	12%

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI) INEGI. (2020b, 4 marzo). México en cifras. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>

Con base a los datos que se muestran en la (Tabla 5). nos indica en la población mayor de 18 años el 41% de los hogares presentó preocupación de que la comida se acabara, por otra parte el 32% de los adultos tuvieron una alimentación basada en poca variedad de alimentos, en lo que respecta a los

adultos que comieron menos de lo que debían comer, se registró el 23%, siguiendo la misma línea se registró el 14% de los adultos que dejaron de comer o cenar por último en relación con los adultos que se quedaron sin comer se presentó el 12%, con base a lo anterior podemos apreciar que del total de los hogares de la República Mexicana representa el 47% han experimentado alguna dificultad para satisfacer sus necesidades alimentarias (INEGI, 2020b).

Tabla 6.- Población económicamente activa y no activa en México en el año, 2020

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, 2020, en México viven 126,014,024 personas.	
Población económicamente activa.	58.2 millones de personas.
Población económicamente no activa.	41.2 millones de personas.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (INEGI) INEGI. (2020a, 4 marzo). México en cifras. <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapseIndicadores>

Con referencia a los datos que se muestran en la (Tabla 6) podemos observar que la población económicamente activa consta de 58.2 millones de personas en contraste la población económicamente inactiva representa 41.2 millones de personas, lo que representa de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, 2020, en México viven 126,014,024 personas, de las cuales 11.6 millones de personas se desconoce su estado económico. (INEGI, 2020a) De acuerdo a la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, (CONASAMI, 2022), el salario mínimo general es de \$172.87 MXN pesos diarios, para los trabajadores formales

de la República Mexicana lo que nos da \$3,630.27 MXN pesos mensuales aproximadamente (CNSM, 2021: 1).

Tabla 7.- Porcentajes comparativos de carencias en México del año, 2016, 2018 y 2020

	2016	2018	2020
Carencias en la calidad y espacios de vivienda	12%	11%	9.3%
Carencias a los accesos de servicios básicos en la vivienda	19.2%	19.6%	17.9%
Carencias en el acceso a la alimentación nutritiva y de calidad	21.9%	22.2%	22.5%

Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política y el Desarrollo, (CONEVAL) Consejo Nacional de Evaluación de la Política y el Desarrollo, (CONEVAL) (2020a). Pobreza en México | CONEVAL. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalnicio.aspx>.

Como podemos apreciar en la (Tabla 7) con respecto a las carencias en la calidad y espacios de vivienda si bien hubo una disminución del 1% en el periodo de dos años que comprende del año 2016 al año 2018, tenemos que el número de carencias para el año 2020 representó una disminución del 2.7% para el caso del año 2016 y una disminución del 1.7% en comparación con el año 2018 de lo

que respecta a este periodo, por otro lado para el caso de las carencias a los accesos de servicios básicos en la vivienda se presentó un aumento del 0.4% en lo que respecta al año 2016 al año 2018, siguiendo la misma línea para el caso del año 2020, se registró una disminución del 1.3% en comparación con el año 2016 y el 1.7% en comparación con el año 2018, por último podemos apreciar que para el caso de las carencias en el acceso a la alimentación nutritiva y de calidad se registró una disminución del 0.3% en lo que respecta para el año 2016 en comparación con el año 2018, por otra parte para el caso del año 2020 se presentó un aumento del 0.6% en comparación con el año 2016 y el 0.3% del aumento en comparación con el año 2018 (CONEVAL, 2020a).

Tabla 8.- Situación de pobreza en México en el año, 2016, 2018 y 2020

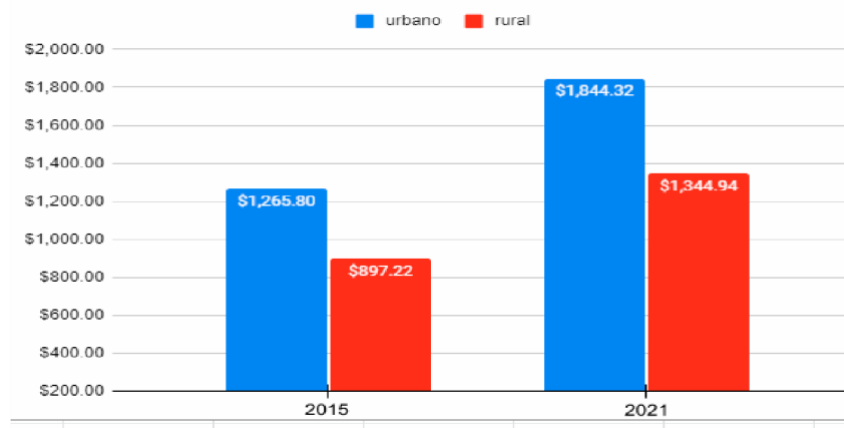
	2016	2018	2020
Situación de pobreza.	52.2 millones de personas.	51.9 millones de personas.	55.7 millones de personas.
Pobreza extrema.	8.7 millones de personas.	8.7 millones de personas.	10.8 millones de personas.
Carencia social, por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad.	26.5 millones de personas.	27.5 millones de personas.	28.6 millones.

Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política y el Desarrollo, (CONEVAL) Consejo Nacional de Evaluación de la Política y el Desarrollo, (CONEVAL) (2020b). Pobreza en México | CONEVAL.
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>.

Cómo podemos apreciar en la (Tabla 8) En el rubro de situación de pobreza, si bien hubo una reducción de 0.3 millones de personas en un periodo de dos años que comprende del 2016 al 2018, en los siguientes dos años del 2018 al 2020 vemos un aumento significativo de 3.8 millones de personas. En el caso del

segundo rubro, pobreza extrema, en el periodo de 2016 al 2018 tenemos que el número de personas en esta situación permaneció igual, sin embargo, en el lapso de dos años que van del 2018 al 2020 vemos un aumento de 2.1 millones de personas. En el tercer rubro podemos observar una constante, cada lapso de dos años que se hace esta medición, hay un incremento, de 2016 a 2018 incrementó en un millón de personas mientras que para el periodo de 2018 a 2020 aumentó en 1.1 millones de personas. Por último, podemos apreciar que en los tres rubros en el periodo de 2018 a 2020 hubo un aumento significativo y que el aumento de personas fue una constante (CONEVAL, 2020b).

Gráfica 7.- Evolución mensual del valor de la línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) enero 2015- diciembre 2021



Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política y el Desarrollo (CONEVAL) CONEVAL. (2020a). Evolución de la Canasta Alimentaria: Evolución mensual del valor de la Línea de Pobreza Extrema por Ingresos (canasta alimentaria) * enero 2015 - diciembre 2021 R recuperado 8 de noviembre de 2022 <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>

De acuerdo, con los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política y el Desarrollo (CONEVAL) 2020; (Gráfica 7) el gasto que se realiza por persona al mes en el consumo de la canasta alimentaria en el entorno urbano para el año 2015 la evolución mensual fue de \$1.265.80 pesos y para el año 2021 incrementó a \$1.844.32 pesos por otro lado, en el entorno rural la evolución mensual para el año 2015 represento \$897.22 pesos y finalmente en lo que respecta para el año

2021 el aumento fue de \$1.344.94 pesos lo que indica que en el entorno urbano resulta significativamente mayor el gasto de la canasta alimentaria por persona que en el entorno rural (CONEVAL, 2020a).

Tabla 9.- Líneas de Pobreza por Ingresos en México, 2016 (junio) a 2022 (octubre) (valores monetarios mensuales por persona a precios corrientes)

Año	Mes	Línea de Pobreza Extrema por Ingresos (Canasta alimentaria)		Línea de Pobreza por Ingresos (Canasta alimentaria más no alimentaria)	
		Rural	Urbano	Rural	Urbano
2016	junio			\$2,018.56	\$2,889.49
	julio	\$1,015.44	\$1,348.81		
	diciembre	\$1,063.71	\$1,400.83	\$2,111.78	\$3,008.30
2017	enero			\$2,139.43	\$3,073.59
	febrero	\$1,055.86	\$1,401.71		
	diciembre	\$1,153.50	\$1,513.63	\$2,281.08	\$3,256.93
2018	febrero	\$1,135.16	\$1,500.89		

	mayo			\$2,270.87	\$3,250.97
	diciembre	\$1,208.47	\$1,586.96	\$2,397.37	\$3,427.76
2019	febrero		\$1,587.74		
	junio	\$1,201.19		\$2,382.82	\$3,400.13
	diciembre	\$1,240.98	\$1,637.36	\$2,467.13	\$3,518.75
2020	enero	\$1,255.26	\$1,653.99		
	abril				\$3,475.81
	mayo			\$2,474.23	
	septiembre	\$1,308.91			
	octubre		\$1,724.37		
	diciembre			\$2,555.74	\$3,619.27
2021	enero	\$1,313.46	\$1,725.66	\$2,574.92	\$3,660.64
	diciembre	\$1,463.43	\$1,901.66	\$2,784.70	\$3,916.83

2022	enero	\$1,481.10	\$1,930.38	\$2,812.34	\$3,958.00
	septiembre	\$1,625.57	\$2,114.03		
	octubre			\$3,022.77	\$4,208.93

Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) CONEVAL. (2021). Evolución de las Líneas de Pobreza por Ingresos: Líneas de pobreza por ingresos Recuperado 9 de noviembre de 2022
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-dePobreza-por-Ingresos.aspx>

El término canasta básica, en el terreno económico, hace referencia al conjunto de productos y servicios considerados esenciales para la subsistencia y bienestar de los miembros de una familia Esta figura se confecciona con base en la estimación del gasto que un grupo familiar debe realizar para satisfacer sus necesidades primordiales. En algunas ocasiones la canasta básica se limita a la alimentación, en ese marco hablamos de canasta básica alimentaria (CBA) y se refiere a un grupo de productos que deben aportar los mínimos para la nutrición esencial de un individuo adulto por ejemplo los grupos de alimentos que conforman la canasta alimentaria urbana son: trigo, maíz, arroz, carne de res, carne de cerdo, carne de pollo, pescado fresco, carnes procesadas, leguminosas, leche, queso, huevo, aceite, azúcar, mieles, frutas, verduras, entre otros y los grupos de alimentos que conforman la canasta alimentaria rural son: trigo, maíz, arroz, carne de res, carne de cerdo, carne de pollo, pescado fresco, leguminosas, leche, queso, huevo, aceite, azúcar, mieles, frutas, verduras, entre otros (Gobierno de México, 2019). Por otro lado la canasta alimentaria mas no alimentaria es la que se encuentra compuesta por necesidades básicas para las personas, pero siendo algunas de ellas no indispensables para la vida cotidiana como por ejemplo: transporte público, educación, cultura, recreación, prendas de vestir, calzado, mantenimiento de vivienda, artículos de higiene personal, salud,

etc (CONEVAL, 2015), De acuerdo a los datos que se muestran en la (Tabla 9) se logra apreciar las diferencias líneas de pobreza y pobreza extrema por ingresos en la canasta alimentaria y mas no alimentaria tanto en el entorno rural como en el entorno urbano en donde es considerable la diferencia del ingreso, la ausencia de los datos se deben a la falta de los mismos en el sistema.

Tabla 10.- Contenido del valor monetario mensual de la línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) para lugares de residencia rural por producto

Alimento	Porcentaje
manzana y perón	1.44%
plátano verde y tabasco	1.00%
naranja	0.64%
jitomate	4.03%
chile *	1.17%
cebolla	2.96%
papa	2.04%
limón	1.19%
bistec de res	5.31%
leche pasteurizada de vaca	4.75%
huevo de gallina blanco y rojo	4.36%
pollo entero o en piezas (excepto, pierna, muslo y pechuga)	4.57%
pierna muslo o pechuga de pollo con hueso	3.22%

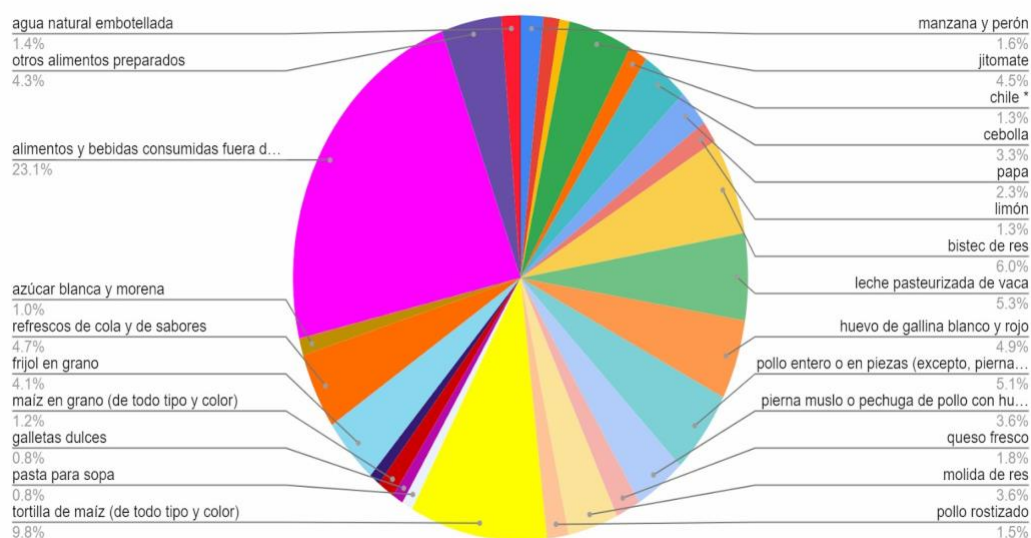
queso fresco	1.57%
molida de res	3.17%
aceite vegetal (canola, cártamo, girasol, maíz, etc.)	1.61%%
pollo rostizado	1.37%
tortilla de maíz (de todo tipo y color)	8.68%
pasta para sopa	0.69%
pan dulce en piezas (de todo tipo)	3.22%%
galletas dulces	0.69%
maíz en grano (de todo tipo y color)	1.10%
arroz en grano	0.68%
frijol en grano	3.63%
refrescos de cola y de sabores	4.17%
azúcar blanca y morena	0.93%
alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar	20.53%
otros alimentos preparados	3.79%
agua natural embotellada	1.20%

Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL. (2022). Evolución de las Líneas de Pobreza por Ingresos: Contenido y valor monetario de las líneas de pobreza por ingresos (canasta alimentaria y no alimentaria) Recuperado 9 de noviembre de 2022 <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>

Durante el año 2022 el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (Tabla 10) presentó un análisis estadístico referente al contenido del valor monetario mensual de la línea de pobreza

extrema por ingresos (canasta alimentaria) para lugares de residencia rural por producto, por lo que resulta relevante mencionar que se destina un porcentaje elevado del 20.53% del valor monetario a los alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar, siguiendo la misma línea la tortilla de maíz (de todo tipo y color) es el segundo alimento que se le asigna un porcentaje del 8.68% del valor monetario, por mencionar otros alimentos con porcentajes igualmente relevantes se posiciona el bistec de res con el 5.31% del valor monetario, la leche pasteurizada de vaca con el 4.75% del valor monetario, el pollo entero o en piezas (excepto, pierna, muslo y pechuga) con el 4.57% del valor monetario y por último el huevo de gallina blanco y rojo con el 4.36% del valor monetario (CONEVAL, 2022).

Gráfica 8.- Contenido del valor monetario mensual de la línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) para lugares de residencia rural por producto

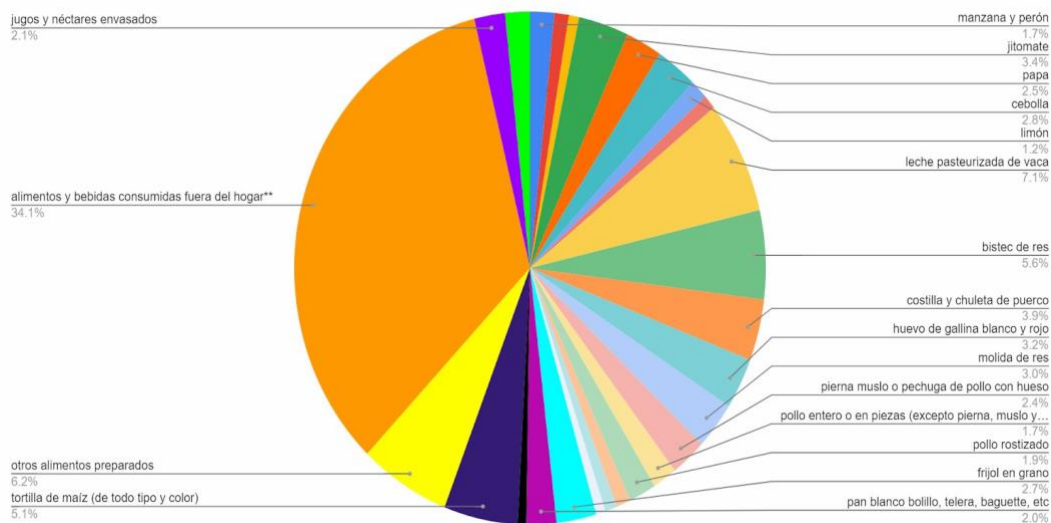


Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL. (2022). Evolución de las Líneas de Pobreza por Ingresos: Contenido y valor monetario de las líneas de pobreza por ingresos (canasta alimentaria y no alimentaria) Recuperado 9 de noviembre de 2022 <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>

De acuerdo a la (Gráfica 8) el Consejo Nacional de Evaluación Política de Desarrollo Social 2022, indico el contenido del valor monetario mensual de la línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) para lugares de residencia rural por producto, presentó que el agua natural embotellada 1.4%,

otros alimentos preparados 4.3%, alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar 23.1%, azúcar blanca y morena 1.0%, refrescos de cola y de sabores 4.7%, frijol en grano 4.1%, maíz en grano (de todo tipo y color) 1.2%, galletas dulces 0.8%, pasta para sopa 0.8%, tortilla de maíz (de todo tipo y color) 9.8%, manzana y perón 1.5%, jitomate 4.5%, chile 1.3%, cebolla 3.3%, papa 2.3%, limón 1.3%, bistec de res 6.0%, leche pasteurizada de vaca 5.3%, huevo de gallina blanco y rojo 4.9%, pollo entero o en piezas (excepto, pierna y muslo) 5.1%, pierna, muslo o pechuga de pollo con hueso 3.6%, queso fresco 1.8%, molida de res 3.6% y pollo rostizado 1.5%. Con referencia a lo anterior el contenido valor monetario en donde se designa un porcentaje elevado es en otros alimentos preparados, alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar, refrescos de cola y de sabores y en la tortilla de maíz (de todo tipo y color) (CONEVAL, 2022).

Gráfica 9.- Contenido del valor monetario mensual de la línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) para lugares de residencia urbana por producto



Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL. (2022). Evolución de las Líneas de Pobreza por Ingresos: Contenido y valor monetario de las líneas de pobreza por ingresos (canasta alimentaria y no alimentaria) Recuperado 9 de noviembre de 2022 <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>

En relación con lo anterior (Gráfica 9) el Consejo Nacional de Evaluación Política de Desarrollo Social 2022, presentó el contenido del valor monetario mensual de la línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) para lugares de residencia urbana por producto indicó que jugos y néctares envasados 2.1%, alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar 34.1%, otros alimentos preparados

6.2%, tortilla de maíz (de todo tipo y color) 5.1%, manzana y perón 1.75, jitomate 3.4%, papa 2.5%, cebolla 2.8%, limón 1.2%, leche pasteurizada de vaca 7.1%, bistec de res 5.6%, costilla y chuleta de puerco 3.9%, huevo de gallina blanco y rojo 3.2%, molida de res 3.0%, pierna, muslo o pechuga de pollo con hueso 2.4%, pollo entero o en piezas (excepto pierna y muslo) 1.7%, pollo rostizado 1.9%, frijol en grano 2.7% y pan blanco bolillo, telera, baguette, etc 2.0%. Por ende el contenido valor monetario en donde se designa un porcentaje elevado es en alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar, otros alimentos preparados, leche pasteurizada de vaca y bistec de res (CONEVAL , 2022).

Tabla 11.- Contenido del valor monetario mensual de la línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) para lugares de residencia urbana por producto

Alimento	Porcentaje
manzana y perón	1.41%
plátano verde y tabasco	0.84%
naranja	0.60%
jitomate	2.91%
papa	2.13%
cebolla	2.41%
limón	1.03%

chile*	0.78%
leche pasteurizada de vaca	6.06%
bistec de res	4.76%
costilla y chuleta de puerco	3.29%
huevo de gallina blanco y rojo	2.73%
molida de res	2.55%
pierna muslo o pechuga de pollo con hueso	2.07%
pollo entero o en piezas (excepto pierna, muslo y pechuga)	1.42%
pollo rostizado	1.59%
queso fresco	0.84%
atún enlatado	0.69%
jamón de puerco	0.55%
frijol en grano	2.33%
pan blanco bolillo, telera, baguette, etc.	1.73%
galletas dulces	0.51%

tortilla de maíz (de todo tipo y color)	4.31%
otros alimentos preparados	5.29%
alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar**	28.97%
jugos y néctares envasados	1.80%
agua natural embotellada	1.44%

Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL. (2022). Evolución de las Líneas de Pobreza por Ingresos: Contenido y valor monetario de las líneas de pobreza por ingresos (canasta alimentaria y no alimentaria) Recuperado 9 de noviembre de 2022 <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>

En el año 2022 el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (Tabla 11) enunció el Contenido del valor monetario mensual de la línea de pobreza extrema por ingresos (canasta alimentaria) para lugares de residencia urbana por producto en donde la leche pasteurizada de vaca representó el 6.06% del valor monetario mensual, otros alimentos preparados expresó el 5.29% del valor monetario mensual y por último los alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar figura el 28.97% del valor monetario mensual siendo este porcentaje el más elevado en cuestión (CONEVAL, 2022).

Tabla 12.-Tipos de Inseguridad en México, 2018

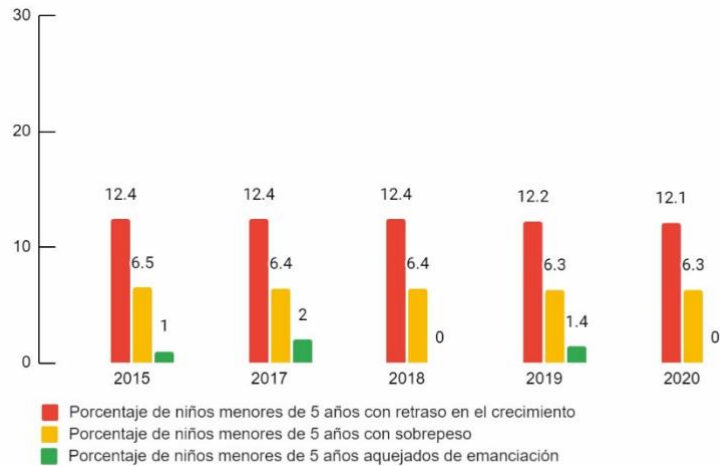
	Severa	Moderada	Leve
Total, de hogares que presentaron inseguridad alimentaria.	22.6%	22.6%	32.9%
Rural	11.2%	17.7%	40.7%
Urbano	7.7%	12.9%	30.5%

Fuente: Elaboración propia con datos de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018a). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENCUESTAS. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018a; 18.5 millones de hogares vivían en condiciones de inseguridad alimentaria, en la (Tabla 12) podemos observar que el 22.6% para el caso del total de hogares que presentó inseguridad alimentaria severa en comparación con el entorno rural se registró un aumento del 3.5% en comparación con el entorno urbano, para el caso del total de los hogares que presentó inseguridad alimentaria moderada se logra observar el 22.6% en comparación con el entorno rural se registró un aumento considerable del 4.8% en comparación con el entorno urbano, por último, para el total de los hogares que presentó inseguridad alimentaria leve se logra apreciar el 32.9% en comparación con el entorno rural se presentó un incremento considerable del 10.2% en comparación con el entorno rural, lo que nos indica que el entorno rural presenta porcentajes con incrementos elevados de los cuales el total de los hogares lamentablemente viven con mayor

inseguridad alimentaria en comparación con los hogares del entorno urbano (ENSANUT, 2018a).

Gráfica 10.- Porcentaje de desnutrición infantil, en México en el año 2015-2020



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) FAO. (2022). Indicadores Específicos: porcentaje de desnutrición infantil Recuperado 8 de noviembre de 2022 <https://www.fao.org/faostat/es/#country/138>. <https://www.fao.org/faostat/es/>

Con base a los datos de la (Gráfica 10) se logra apreciar, durante el año 2015 al 2020 se presentó una disminución del 0.3% de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento, por otro lado, durante el año 2015 al 2020 se presentó un descenso del 0.2% de niños menores de 5 años con sobrepeso, finalmente del año 2015 al 2020 se presentó una disminución considerable del 0% de niños menores de 5 años aquejados de emaciación. (FAO, 2022)

Tabla 13.- Alimentos recomendables para la infancia en México

Alimentos	1 a 4 años de edad	7 a 11 años de edad
Lácteos	65.7%	56.5%
Frutas	48.8%	43.3%
Leguminosas	37.3%	46.1%
Carnes	36.6%	40.5%
Huevo	33.7%	33.7%
Verduras	20.2%	22.0%
Agua	88.6%	85.4%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018b). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENCUESTAS. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>

Conforme a la (Tabla 13) los alimentos recomendables para la infancia se tienen los siguientes: lácteos, frutas, leguminosas, carnes, huevo, verduras, y agua de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018b; (ENSANUT) Los porcentajes anteriores son lo que deben de consumir cotidianamente los menores de acuerdo a su rango de edad, destacando que deben de consumir agua en primer lugar, lácteos en segundo lugar frutas y carne en tercer lugar respectivamente (ENSANUT, 2018b).

3.3 Estudios Estado de México.

En el año 2000 el Estado de México tenía una población total de 13 millones 96 mil 686 habitantes, cifra que para 2015 incrementó en más de tres millones de personas alcanzando un total de 16 millones 187 mil 608 habitantes. La última cifra de 2017 registra 17 millones 363 mil 382 mexiquenses lo que representa un

aumento de más de un millón de personas en tan solo dos años. Por su parte la Región III Chimalhuacán en el año 2000 contó con un millón 78 mil 615 habitantes, lo que representó el 8.23% de la población estatal y para 2015 creció a un millón 673 mil 206 habitantes, equivalente al 10.33% o del total estatal. La cifra de 2017 muestra un incremento de 79 mil 607 personas, alcanzando un millón 752 mil 813 habitantes en la región.

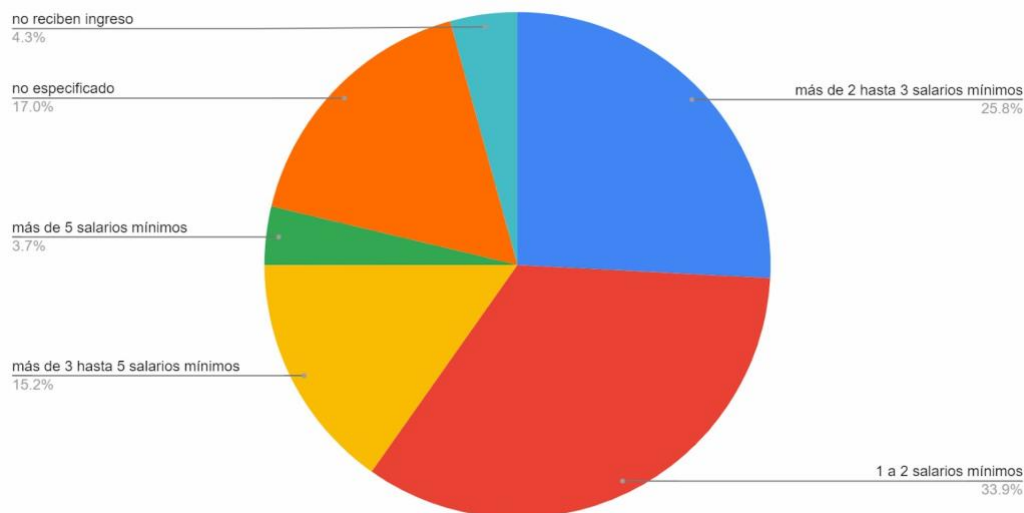
En el caso del Estado de México la estructura por grupos de edad se encuentra de la siguiente manera: el 26.49% corresponde a niños, 67.26% son jóvenes y adultos y, 6.14% corresponde al grupo de adultos mayores (Gobierno del Estado de México, 2018: 49-51).

En 2010, en el Estado de México, de acuerdo con información del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), había 6.70 millones de personas en condición de pobreza multidimensional, lo que representaba el 42.90 por ciento de la población mexiquense total. Para el año 2015, esta cifra ascendió a ocho millones de personas en dicha condición, lo que era equivalente al 47.90% confirmando un aumento de 1.30 millones en solo cinco años [...] (Gobierno del Estado de México, 2018: 49-51).

El Estado de México cuenta con la fuerza laboral más grande del país y sin embargo presenta al mismo tiempo una de las mayores tasas de informalidad laboral. Al tercer trimestre de 2017, la fuerza de trabajo del Estado de México ascendió a más de 7.6 millones de personas ocupadas, de ellas el 32.3% labora en el sector informal. Esta tasa de ocupación en el sector informal se encuentra por encima de la tasa nacional de 26.6%. Asimismo, el Estado de México presenta una tasa de desocupación mayor que la media nacional, aunque ésta ha mostrado una tendencia baja. La entidad tiene una tasa de desocupación de 4.4%, equivalente a una población desocupada de 336 mil 159 personas. El desempleo abierto afecta a 336 mil mexiquenses, especialmente en los estratos de población joven. Una tercera parte de los desempleados tienen entre 15 y 24 años, y la mitad entre 25 y 44 años.

El desarrollo económico de la entidad se fundamenta en la formación de familias fuertes. En este sentido, la composición de ingresos de la población ocupada demanda fortalecimiento. Del total de personas empleadas en el Estado de México, el 16.6% percibe ingresos superiores a tres salarios mínimos, en tanto que 41.8% logra ingresos de dos salarios mínimos o menos (Gobierno del Estado de México, 2018: 113-114).

Gráfica 11.- Estado de México población ocupada por estrato de ingreso 2017



Fuente: Elaboración propia con datos del Plan de Desarrollo del Estado de México Gobierno del Estado de México. (2018). Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023: Diagnostico: Trabajo digno y crecimiento económico (empleo) (pp.113-114) Recuperado 10 de noviembre del 2022

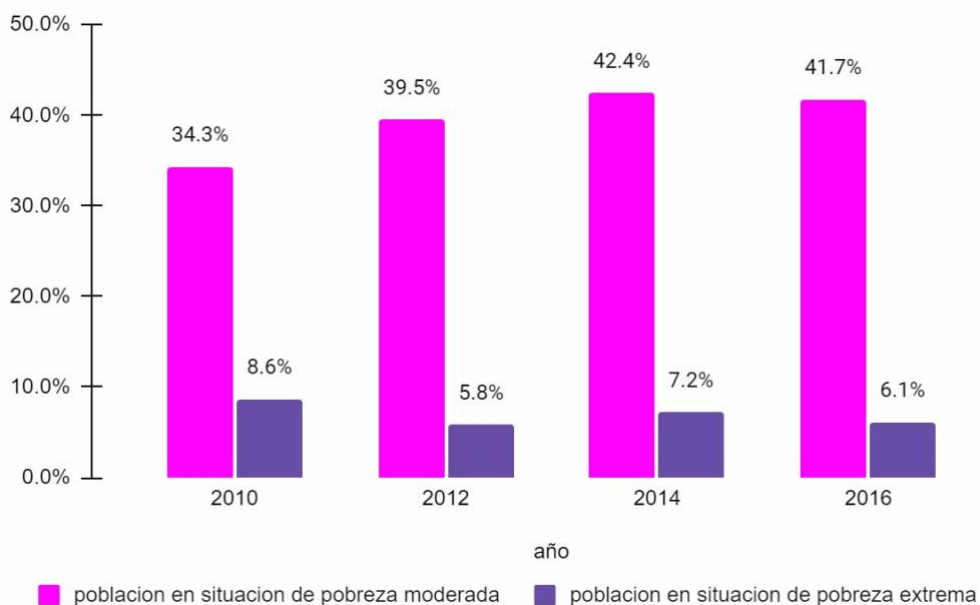
<https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/PDE M%202017-2023%20web.pdf>

En 2016 la población mexiquense en situación de pobreza fue de 8.23 millones de personas, es decir 47.9% de la población total estatal. Cabe señalar que del total de población del estado que se encuentra en esta situación, 1.05 millones (6.1% del total poblacional) viven en pobreza extrema, es decir que no cuenta con los ingresos suficientes para cubrir las necesidades alimenticias básicas y tienen tres o más carencias sociales. Esta cifra es inferior al promedio nacional,

el cual se ubicó en 7.6% en el mismo año. Bajo estos parámetros, el Estado de México ocupa el décimo segundo lugar entre las entidades federativas con mayor número de habitantes en situación de pobreza y pobreza extrema a nivel nacional (Gobierno del Estado de México, 2018: 46-49).

Durante el año 2017, (Gráfica 11) el Estado de México presentó mediante el Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023, los porcentajes de la población ocupada por estrato de ingreso, en donde el 4.3% no reciben ingreso, el 17.0% no especifica el ingreso, el 3.7% adquiere más de 5 salarios mínimos, el 15.2% recibe más de 3 hasta 5 salarios mínimos, el 25.8% percibe y el 33.9% obtiene de 1 a 2 salarios mínimos (Gobierno del Estado de México, 2018: 46-49).

Gráfica 12.- Estado de México población en situación de pobreza, 2010-2016



Fuente: Elaboración propia con datos del Plan de Desarrollo del Estado de México Gobierno del Estado de México. (2018). Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023: Diagnostico: Pobreza y hambre en el Estado de México (pp.46-49) Recuperado 10 de noviembre del 2022
[https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/PDE M%202017-2023%20web.pdf](https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/PDE%20M%202017-2023%20web.pdf)

Durante el periodo 2010-2016, el Estado de México, mediante el Plan de Desarrollo del Estado de México, se registraron los datos de la población en

situación de pobreza (Gráfica 12) en el año 2010 se registró el 34.3%, en el año 2012 el porcentaje ascendió al 39.5%, en el año 2014 se presentó un incremento considerable del 42.4% y para el caso del año 2016, el porcentaje tuvo un descenso considerable, sin embargo el 41.7% de la población se encontraba en situación de pobreza moderada. Para el caso de la población en situación de extrema pobreza en el año 2010 se presentó el 8.6%, para el año 2012 se presentó una disminución considerable del 5.8% de la población, para el año 2014 el porcentaje incremento al 7.2% y por último en el año 2016 el porcentaje fue de 6.1% de la población (Gobierno del Estado de México, 2018: 46-49).

El bajo nivel de ingresos es uno de los principales componentes de la pobreza en el estado. En 2016, la población que vivió con un ingreso menor a la línea de bienestar fue de 57.4%, mientras que el 16.8% tuvo un ingreso por debajo de la línea de bienestar mínimo 4,5. Cabe destacar que la distribución de la población en situación de pobreza no es homogénea en el estado, 16 municipios tienen entre 0 y 39 por ciento de personas en esta condición; 54 municipios concentran entre 40 y 59 por ciento; 51 municipios entre 60 y 79 por ciento; y cuatro con 80 por ciento o más (Ixtapan del Oro, Luvianos, Donato Guerra y Villa de Allende). La segunda carencia más importante es el acceso a la alimentación, debido principalmente a que niñas y niños presentan una inadecuada ingesta de alimentos por prácticas inapropiadas de alimentación y dieta. Ante la presencia de hogares con inseguridad alimentaria, es de suma importancia colocar en la agenda de la política pública estrategias que hagan efectivo el cumplimiento del derecho a la alimentación de la población mexiquense, especialmente entre los que se encuentran en inseguridad alimentaria moderada y severa (Gobierno del Estado de México, 2018: 46-49).

Tabla 14.- Estado de México población con algún tipo de carencia alimentaria, 2016

Clasificación	Estado de México	Nacional
Preocupación por que la comida se acabe por falta de dinero o recursos	46.50%	42.40%
Sin comida por falta de dinero o recursos	10.90%	11.80%
Adulto sintió hambre y no comió por falta de dinero o recursos	28.30%	30.10%
Adulto comió una o menos comidas al día por falta de dinero o recursos	22.50%	22.20%
Adulto tuvo que mendigar por comida o mandar a un niño a trabajar por falta de dinero o recursos	8.20%	6.80%
Niñas y niños no comieron alimentos sanos por falta de dinero o recursos	33.80%	34.80%
Niñas y niños que sintieron hambre y no comió por falta de dinero o recursos	7.80%	11.50%

Fuente: Elaboración propia con datos del Plan de Desarrollo del Estado de México Gobierno del Estado de México. (2018). Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023: Diagnóstico: Pobreza y hambre en el Estado de México (pp.46-49) Recuperado 10 de noviembre del 2022 [https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/PDE M%202017-2023%20web.pdf](https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/PDE%20M%202017-2023%20web.pdf)

En relación a lo anterior en el año 2016 de acuerdo al Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023, señala las carencias alimentarias de la población, en el Estado de México el 46.50% y a nivel nacional el 42.40% de la población

presenta preocupación por que la comida se acabe por falta de dinero o recursos, el 10.90% de la población del Estado de México y a nivel nacional el 11.80% de la población se ha quedado sin comida por falta de dinero o recursos, siguiendo la misma línea, para el caso del Estado de México el 28.30 % de la población y a nivel nacional el 30.10% el adulto sintió hambre y no comió por falta de dinero o recursos, en adición en el Estado de México el 22.50% y a nivel nacional el 22.20% el adulto comió una o menos comidas al día por falta de dinero o recursos, seguidamente en el Estado de México el 8.20% y a nivel nacional el 6.80% el adulto tuvo que mendigar por comida o mandar a un niño a trabajar por falta de dinero o recursos, al mismo tiempo en el Estado de México el 33.80% y a nivel nacional el 34.80% de Niñas y niños no comieron alimentos sanos por falta de dinero o recursos finalmente en el Estado de México el 7.80% y a nivel nacional el 11.50% de Niñas y niños que sintieron hambre y no comió por falta de dinero o recursos (Gobierno del Estado de México, 2018: 46-49).

Por otra parte, la baja talla en niñas y niños en edad preescolar se presenta en 16 de cada 100 menores, porcentaje que se eleva a 25 de cada 100 en las zonas rurales. En cuanto al sobrepeso infantil, afecta al 37% de la niñez de la entidad, problemática que se requiere atender. Dados los efectos de la desnutrición crónica en la salud y en el desempeño intelectual y físico escolar (Gobierno del Estado de México, 2018: 46-49).

Tabla 15.- Estado de México quejas presentadas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) según tipo de derecho 2015-2016

Estado de México quejas presentadas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) según tipo de derecho 2015-2016		
Derecho	2015	2016

	porcentaje	porcentaje
Derecho al trabajo	7.09%	10.62%
Derecho a la protección de la salud	5.0%	4.63%
Derecho a la igualdad y al trato digno	4.96%	3.61%
Derecho a la vida	0.20%	0.19%

Fuente: Elaboración propia con datos del Plan de Desarrollo del Estado de México Gobierno del Estado de México. (2018). Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023: Derechos Humanos y paz (p.246) Recuperado 10 de noviembre de 2022

[https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/PDE M%202017-2023%20web.pdf](https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/PDE%20M%202017-2023%20web.pdf)

Es conveniente acotar, que de acuerdo a lo señalado anteriormente una de las variables a considerar es el derecho de las infancias es por ello que el Plan de Desarrollo del Estado de México plantea en el periodo 2017-2023 los porcentajes de las quejas presentadas ante la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (CODHEM) según tipo de derecho 2015-2016 (Tabla 15). Durante el año 2015 el derecho al trabajo presentó el 7.09% de las quejas, el 5.0% al derecho a la protección de la salud, el 4.96% y finalmente en ese año el 0.20% al derecho a la vida. Por último, en el año 2016 el derecho al trabajo presentó el 10.62% de las quejas, el 4.63% al derecho a la protección de la salud, el 3.61% y finalmente en ese año el 0.19% al derecho a la vida (Gobierno del Estado de México, 2018: 246).

3.4 Estudios Municipales.

La población total, consta de 705, 193 habitante de los cuales 360, 622 son hombres lo que representa el 48.9% y para el caso de las mujeres consta de 344, 571 lo que representa el 51.1%, en comparación a 2010 la población en Chimalhuacán creció un 14.8% (Troya, 2022: 6).

Tabla 16.- Población total de Chimalhuacán Estado de México en el año 2022

5 a 9 años		Porcentaje
hombres	32.852	4.66%
mujeres	32.061	4.55%
10 a 14 años		porcentaje
hombres	33.129	4.70%
mujeres	32.33	4.59%

Fuente: Elaboración propia con datos de Data México Troya, E. (2022). *Chimalhuacán: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública: Pirámide poblacional total de Chimalhuacán 2020*. México. (p.6) Recuperado 11 de octubre de 2022, de <https://datamexico.org/es/profile/geo/chimalhuacan>

De acuerdo a la (Tabla 16) el total de la población de 5 a 9 años de edad son 32.852 mil hombres lo que implica el 4.66% y 32.061 mil mujeres lo que representa el 4.55% por ciento, el total de la población de 10 a 14 años de edad son 33.129 mil hombres lo que respecta el 4.70% y 32.33 mil mujeres lo que representa el 4.59% de los menores en el año 2022 (Troya, 2022: 6).

Tabla 17.- Población total municipal 2015-2017

Población total, 2015-2017		
	2015	2017
Estado de México	16.187.608	17.363.382
Región III Chimalhuacán	1.673.206	1.752.813

Chicoloapan	204.107	194.047
Chimalhuacán	679.811	730.235
Ixtapaluca	495.563	537.421
La paz	293.725	291.110

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Población total y ritmo de crecimiento (pp. 47-49) Recuperado 11 de noviembre de 202 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>.

Al interior de la región destacan los casos de Chimalhuacán e Ixtapaluca al ser los municipios con mayor peso poblacional concentrando el 41.66 y 30.61% de la población total regional, respectivamente, esto implica que el 72.32% de la población regional se agrupa en solo estos dos municipios (Tabla 17) (Gobierno del Estado de México, 2018: 47-49).

Tabla 18.- Pobreza Multidimensional, 2010- 2015 Región III Chimalhuacán

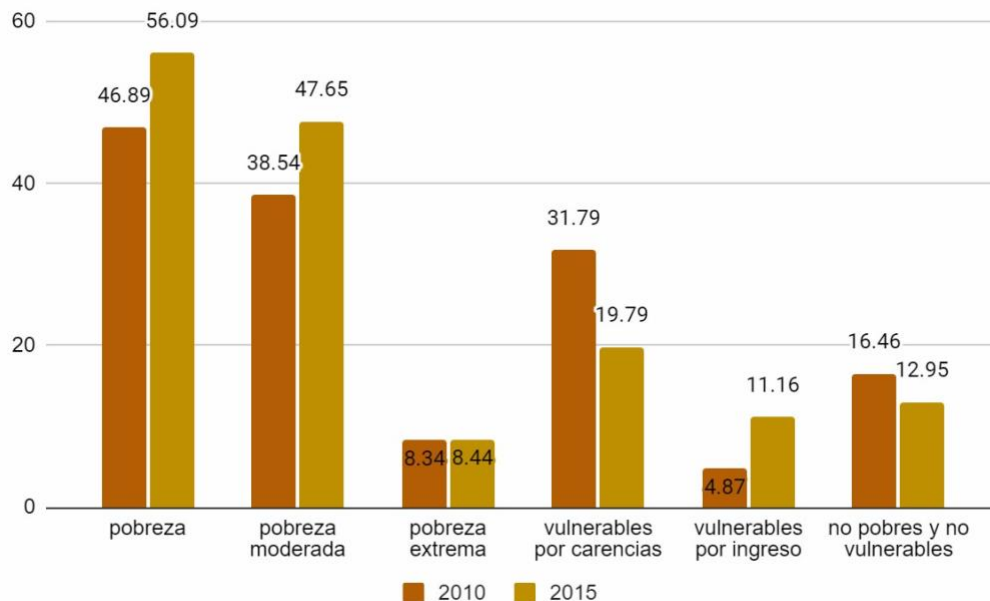
Concepto		Porcentaje		Número de personas	
		2010	2015	2010	2015
Pobreza	Pobreza	46.89	56.09	740,037	1,056,107
	Pobreza moderada	38.54	47.65	608,334	897,227
	Pobreza extrema	8.34	8.44	131,702	158,879

Vulnerables por carencias sociales	31.79	19.79	501,696	372,643
Vulnerables por ingreso	4.8	11.16	76,877	210,178
No Pobres y no vulnerables	16.46	12.95	259,753	243,828

Fuente: Elaboración propia con datos del Gobierno del Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023 Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Problema multidimensional (pp.52-54) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

En cuanto a la Región III Chimalhuacán, (Tabla 18) las cifras de los grandes grupos de edad son: 28.32% corresponde a la población infantil, 67.45% a la población joven y adulta y 4.09%, a la población adulta mayor. Lo anterior confirma que la estructura demográfica de la región es más joven que la estatal. (Gobierno del Estado de México, 2018:49-51) En el caso de la Región III Chimalhuacán, en 2010, 740 mil 37 personas se encontraban en pobreza multidimensional, proporción que representa el 46.89% de su población total. Para el año 2015, la cifra ascendió a un millón 56 mil 107 personas, equivalente al 56.09% (Gobierno del Estado de México, 2018: 52-54).

Gráfica 13.- Pobreza y privación social 2010-2015 Región III Chimalhuacán



Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Problema multidimensional (pp.52-54) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

En cuanto a pobreza extrema, en 2010 (Gráfica 13) en el Estado de México había 1.30 millones de personas en esta condición, es decir, el 8.60% de la población. Hacia 2015, la cifra era de 1.10 millones lo equivalente al 6.70%. En cambio, en la Región III Chimalhuacán, existían 131 mil 702 personas en condición de pobreza extrema, equivalentes al 8.34% de los residentes. Cinco años después, en 2015, la cifra registrada alcanzaba las 158 mil 879 personas o 8.44% de la población total de la región (Gobierno del Estado de México, 2018: 52-54).

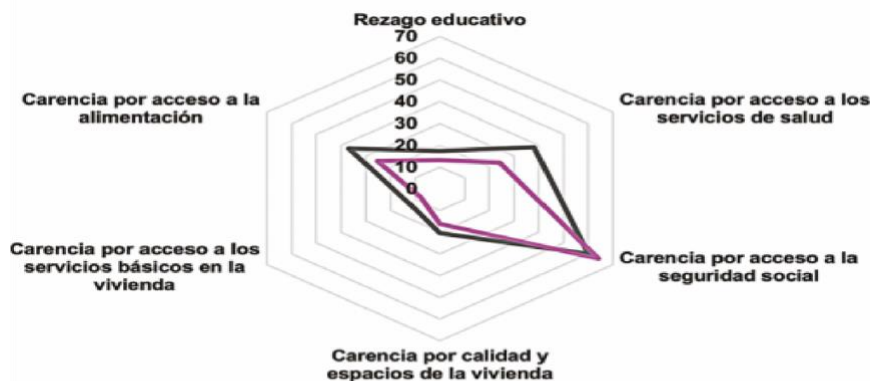
Tabla 19.- Pobreza por ingresos, 2000-2010 Región III Chimalhuacán

Tipo	2000	2010
alimentaria	19.50	21.80
capacidades	29.60	31.20
patrimonio	58.30	58.40

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Problema multidimensional (pp. 52-54) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

Al medir los avances del Estado de México en términos de pobreza por ingresos (Tabla 19), se observan resultados favorables en las categorías de pobreza alimentaria, de capacidades y de patrimonio. En el caso de la Región III Chimalhuacán, el comportamiento de los conceptos de pobreza por ingresos es justo al registrado para la entidad mexiquense en su conjunto, con valores de: 19.50 a 21.80% para la pobreza alimentaria; 29.60 a 31.20% para la pobreza de capacidades y de 58.30 a 58.40% para la pobreza de patrimonio (Gobierno del Estado de México, 2018: 52-54).

Gráfica 14.- Indicadores de carencia social, 2010-2015, Región III Chimalhuacán



Fuente: Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Carencias sociales (p.54) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

De acuerdo con lo establecido por la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), la medición de la pobreza debe considerar además de los indicadores de bienestar económico (ingreso de los hogares), los indicadores de derechos sociales, entendidos como carencias sociales. Las seis carencias sociales que conforman la medición de pobreza son: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda y de acceso a la alimentación. Entre 2010 y 2015, (Gráfica 14) el Estado de México presentó avances importantes en todos los indicadores de carencias: el rezago educativo disminuyó un 5.40%, acceso a los servicios de salud 10.90%, acceso a la alimentación 11.30%. De igual forma en la Región III Chimalhuacán hubo avances durante el mismo periodo, la carencia por acceso a los servicios de salud se redujo un 14.17%, el rezago educativo 4.21%, en cuanto al acceso a la alimentación la variación fue de 11.43% menos. Algo similar se observa en el resto de las carencias sociales (Gobierno del Estado de México, 2018: 54).

De forma complementaria, en lo que respecta al índice de bienestar, medido a través de la población con un ingreso inferior a la línea de bienestar, ésta pasó de 48.50 a 59.80 por ciento entre 2010 y 2015, es decir, un incremento en el volumen de personas con ingresos precarios en la entidad. En el caso de la Región III Chimalhuacán, la situación fue semejante con cifras de 51.76 y 67.26%, en el periodo de referencia, esto es, 15.50% más, 4.20% por encima de lo observado en el nivel estatal. Cabe señalar que el tema de los ingresos es uno de los mayores retos que enfrenta actualmente la región. (Gobierno del Estado de México, 2018: 54)

Tabla 20.- Población que recibe más de cinco salarios mínimos (SM), 2015

	Total	Hombres	Mujeres
Estado de México	629,426	442,559	186,867
Región III Chimalhuacán	45,401	34,257	11,144
Chicoloapan	8,218	5,902	2,316
Chimalhuacán	11,495	8,583	2,912
Ixtapaluca	17,847	14,217	3,630
La paz	7,841	5,555	2,286

Fuente: Elaboración propia con datos del Gobierno del Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023 Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Desigualdad en los ingresos (p. 58) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

Una muestra de la desigualdad en la Región III Chimalhuacán (Tabla 20) es la proporción de mujeres que, estando empleadas, reciben más de cinco salarios mínimos en comparación con el número de hombres que rebasa ese mismo umbral de ingreso. En todos los municipios se observa que la proporción de hombres con ingresos superiores a cinco salarios mínimos es más del doble que el de mujeres, en el municipio de Ixtapaluca el 79.66% de la población que recibe más de cinco salarios mínimos corresponde al género masculino (Gobierno del Estado de México, 2018: 58).

En la Región III Chimalhuacán, la Población Económicamente Activa (PEA) femenina es notablemente inferior que la masculina; casi el doble de hombres se encuentran ocupados en alguna actividad remunerada. Chicoloapan e Ixtapaluca son los municipios con mayor proporción de mujeres económicamente activas, aunque en proporción inferior que los hombres. El porcentaje de mujeres desocupadas es menor que el de la población masculina. Sin embargo, en esta estadística no están incluidas las mujeres que trabajan en sus casas y atendiendo las necesidades de su familia, únicamente aquellas que han buscado trabajo de manera activa y no lo han encontrado. (Gobierno del Estado de México, 2018: 59)

Tabla 21.- Población con menos de tres salarios mínimos, 2015 (personas)

	Total, de población que percibe ingresos	Menos de 3 salarios mínimos	Más de tres salarios mínimos
Estado de México	5,535,776	3,701,170	1,834,606
Región III Chimalhuacán	595,620	421,866	173,754

Chicoloapan	74,923	48,405	26,518
Chimalhuacán	234,984	177,194	57,790
Ixtapaluca	176,491	118,234	58,257
La paz	109,222	78,033	31,189

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Percepción salarial (pp.103-104) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>.

Uno de los retos urgentes en el Estado de México es combatir la desigualdad y la pobreza, lo que coadyuvará a mejorar la calidad de vida de los grupos vulnerables. En 2015, (Tabla 21) la proporción de personas de la Región III Chimalhuacán con un ingreso menor a tres salarios mínimos es de 70.83%; proporción mayor que la observada para el Estado de México (66.85%). Únicamente en el municipio de Chimalhuacán tres cuartas partes de quienes perciben ingresos ganan menos de tres salarios mínimos (Gobierno del Estado de México, 2018:103-104).

Tabla 22.- Población que recibe más de cinco salarios mínimos según género, 2015

	Total	Hombres	Mujeres
Estado de México	629,426	442,559	186,867
Región III			
Chimalhuacán	45,401	34,257	11,144
Chicoloapan	8,218	5,902	2,316
Chimalhuacán	11,495	8,583	2,912
Ixtapaluca	17,847	14,217	3,630
La paz	7,841	5,555	2,286

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Percepción salarial (pp. 103-104) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>.

En todos los municipios que integran la región, (Tabla 22) la proporción de hombres con ingresos superiores a cinco salarios mínimos es casi el triple que el de mujeres. (Gobierno del Estado de México, 2018:103-104). En el municipio de Chimalhuacán, el salario mínimo es de \$3,250.00 MXN pesos mensuales lo que nos da un salario diario de \$106.55 MXN pesos aproximadamente, para los trabajadores formales, lo que puede implicar que en los hogares de las familias

chimalhuaquenses se destine un bajo presupuesto para la alimentación del grupo etario infantil (Troya, 2022: 12).

En el caso de la Región X Nezahualcóyotl (Tabla 23), en 2010, 425 mil 953 personas se encontraban en pobreza multidimensional, proporción que representa el 37.37% de su población total. Para el año 2015, la cifra disminuyó a 393 mil 721 personas, equivalente al 38.67% (Gobierno del Estado de México, 2018b: 52).

Tabla 23.- Pobreza multidimensional, 2019-2015 región X Nezahualcóyotl

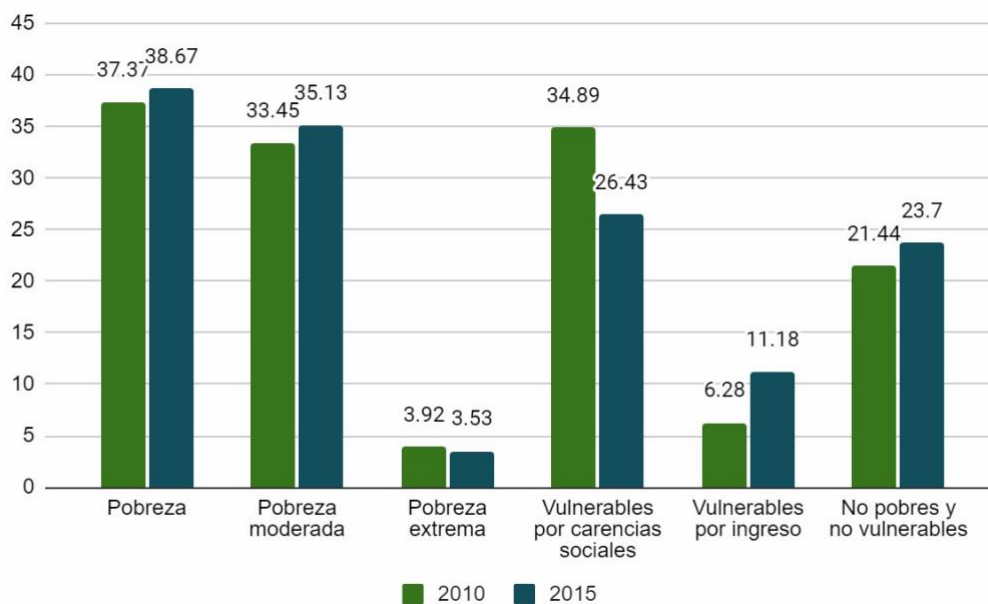
Concepto		Porcentaje		Número de personas	
		2010	2015	2010	2015
Pobreza	Pobreza	37.37	38.67	425.953	393.721
	Pobreza moderada	33.45	35.13	381.270	357.731
	Pobreza extrema	3.92	3.53	44.683	35.990
	Vulnerables por carencias sociales	34.89	26.43	397.685	269.111
	Vulnerables por ingreso	6.28	11.18	71.594	113.923

	No Pobres y no vulnerables	21.44	23.7	244.439	241.368
--	----------------------------	-------	------	---------	---------

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023: Pobreza multidimensional (p. 52) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://transparenciafiscal.edomex.gob.mx/sites/transparenciafiscal.edomex.gob.mx/files/files/pdf/marcoprogramatico-presupuestal/X-NEZAHUALCOYOTL.pdf>.

En el caso de la Región X Nezahualcóyotl (Tabla 23), en 2010, 425 mil 953 personas se encontraban en pobreza multidimensional, proporción que representa el 37.37% de su población total. Para el año 2015, la cifra disminuyó a 393 mil 721 personas, equivalente al 38.67% (Gobierno del Estado de México, 2018b: 52).

Gráfica 15.- Pobreza y privación social, 2010-2015 región X Nezahualcóyotl



Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023: Pobreza multidimensional (p. 52) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://transparenciafiscal.edomex.gob.mx/sites/transparenciafiscal.edomex.gob.mx/files/files/pdf/marcoprogramatico-presupuestal/X-NEZAHUALCOYOTL.pdf>.

En la Región X Nezahualcóyotl (Gráfica 15), existían 44 mil 683 personas en condición de pobreza extrema equivalentes al 3.92% de los habitantes. Cinco años después en 2015, la cifra registrada fue de 35 mil 990 personas equivalentes al 3.53% de la población total de la región (Gobierno del Estado de México, 2018b: 52).

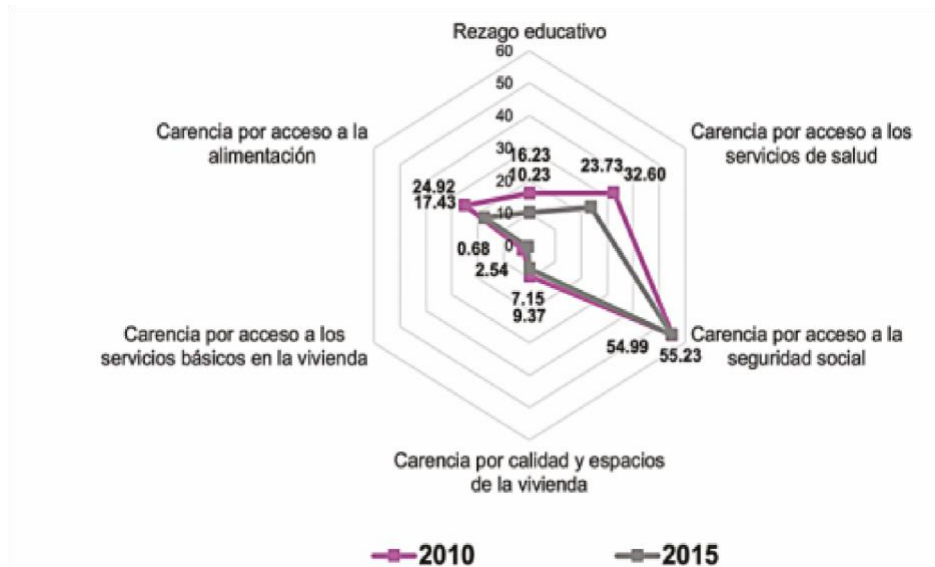
Tabla 24.- Pobreza por ingresos, 2000-2010 región IX Nezahualcóyotl

Tipo	2000	2010
alimentaria	10.70	11.20
capacidades	17.30	18.60
patrimonio	40.90	45.20

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023: Pobreza multidimensional (p. 52) Recuperado 13 de noviembre de 2022
<https://transparenciafiscal.edomex.gob.mx/sites/transparenciafiscal.edomex.gob.mx/files/files/pdf/marcoprogramatico-presupuestal/X-NEZAHUALCOYOTL.pdf>.

No obstante, en la Región X Nezahualcóyotl (Tabla 24), el comportamiento de los conceptos de pobreza por ingresos es inferior al registrado para la entidad mexiquense en su conjunto, con valores de: 10.70 a 11.20% para la pobreza alimentaria; 17.30 a 18.60% para la pobreza de capacidades y de 40.90 a 45.20% para la pobreza de patrimonio (Gobierno del Estado de México, 2018b: 52).

Gráfica 16.- Indicadores de carencia social, 2010-2015 región X Nezahualcóyotl



Fuente: Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023: Pobreza multidimensional (p. 54-55) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://transparenciafiscal.edomex.gob.mx/sites/transparenciafiscal.edomex.gob.mx/files/files/pdf/marcoprogramatico-presupuestal/X-NEZAHUALCOYOTL.pdf>.

De igual forma en la Región X Nezahualcóyotl (Gráfica 16) hubo avances durante el mismo periodo, la carencia por acceso a los servicios de salud se redujo en 8.87 puntos porcentuales, el rezago educativo seis puntos porcentuales, en cuanto al acceso a la alimentación la variación fue de 7.49 puntos porcentuales menos. Algo similar se observa en el resto de las carencias sociales (Gobierno de México, 2018b: 54-55).

De forma complementaria, en lo que respecta al índice de bienestar, medido a través de la población con un ingreso inferior a la línea de bienestar, ésta pasó de 48.50 a 59.80 por ciento entre 2010 y 2015, es decir, un incremento en el volumen de personas con ingresos precarios en la entidad. En el caso de la Región X Nezahualcóyotl, la situación fue semejante con cifras de 43.66 y 49.86 por ciento, en el periodo de referencia, esto es, 6.20 puntos porcentuales más,

5.10 por ciento por debajo de lo observado en el nivel estatal. Cabe señalar que el ingreso es uno de los mayores retos que enfrenta actualmente la región.

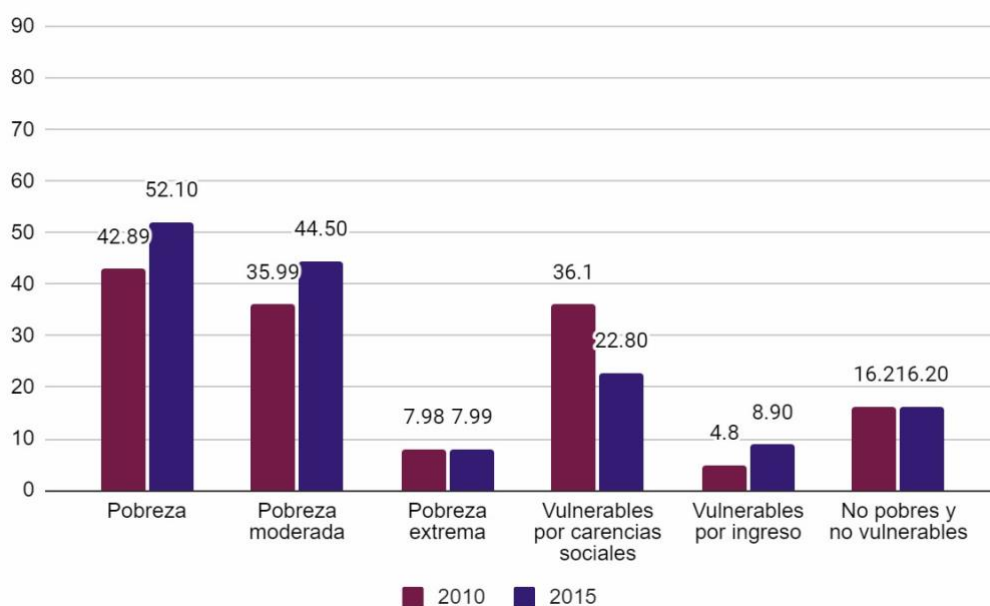
Tabla 25.- Pobreza multidimensional, 2010-2015 región XV Texcoco

Concepto		Porcentaje		Número de personas	
		2010	2015	2010	2015
Pobreza	Pobreza	42.89	52.10	142.818	202.129
	Pobreza moderada	35.99	44.50	119.551	172.567
	Pobreza extrema	7.98	7.99	23.266	29.561
	Vulnerables por carencias sociales	36.10	22.80	120.338	88.400
	Vulnerables por ingreso	4.80	8.90	16.015	34.482
	No Pobres y no vulnerables	16.20	16.20	53.804	62.773

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional XV Texcoco 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional XV Texcoco 2017-2023: Pobreza Multidimensional (p.52) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

En el caso de la Región XV Texcoco (Tabla 25), en 2010, 142 mil 818 personas se encontraban en pobreza, proporción que representa el 42.89 por ciento de su población total. Para el año 2015, la cifra ascendió a 202 mil 129 personas, equivalente al 52.10 por ciento (Gobierno de México, 2018b: 54-55).

Gráfica 17.- Pobreza y privación social, 2010-2015 región XV Texcoco



Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional XV Texcoco 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional XV Texcoco 2017-2023: Pobreza Multidimensional (p.52) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

En cambio, en la Región XV Texcoco (Gráfica 17), existían 23 mil 266 personas en condición de pobreza extrema, equivalentes al 7.98 por ciento de los residentes. Cinco años después, en 2015, la cifra registrada alcanzaba las 29 mil 561 personas (7.99 por ciento de la población total de la región) (Gobierno de México, 2018c: 52).

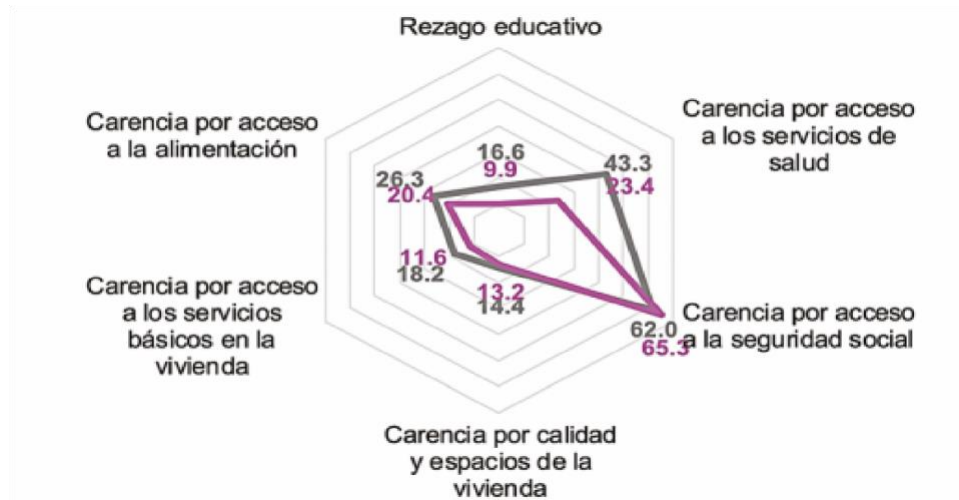
Tabla 26.- Pobreza por ingresos, 1990-2010 región XV Texcoco

Tipo	2000	2010
alimentaria	10.70	11.20
capacidades	17.30	18.60
patrimonio	40.90	45.20

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Regional XV Texcoco 2017-2023 Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional XV Texcoco 2017-2023: Pobreza Multidimensional (p.52) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

Al medir los avances del Estado de México en términos de pobreza por ingresos, se observan resultados favorables en las categorías de pobreza alimentaria, de capacidades y de patrimonio. En el caso de la Región XV Texcoco (Tabla 26), el comportamiento es contrario al registrado para la entidad mexiquense en su conjunto, con valores de: 10.40 a 16.70 por ciento para la pobreza alimentaria; 16.20 a 24.90 por ciento para la pobreza de capacidades y de 37.10 a 50.10 por ciento para la pobreza de patrimonio (Gobierno de México, 2018: 52).

Gráfica 18.- Indicadores de carencia social, 2010-2015 región XV Texcoco



Fuente: Gobierno del Estado de México. (2018c). Programa Regional XV Texcoco: Carencias sociales (p.54) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

De igual forma en la Región XV Texcoco (Gráfica 18) hubo avances durante el mismo periodo, la carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 43.3 a 23.4 puntos porcentuales, el rezago educativo se modificó de 16.6 a 9.9 puntos porcentuales, en cuanto al acceso a la alimentación cambió de 26.3 a 20.4 puntos porcentuales menos. Algo similar se observa en el resto de las carencias sociales (Gobierno de México, 2018c: 54).

3.5. Estudios Locales (Área Geoestadística Básica).

Tabla 27.- AGEB Chimalhuacán, 2020

AGEB 4 MANZANAS	1503100010041
CALLE LIBERTAD	
AVENIDA CORREGIDORA	
CALLE VENUSTIANO CARRANZA	

PROLONGACIÓN ABASOLO	

INEGI. (2020a). Espacio y datos de México Recuperado 14 de noviembre de 2022
<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.

El Área Geoestadística Básica, (AGEB) (Tabla 27) que se consideró para el análisis de este trabajo es el 1503100010041 del cual contempla la calle libertad, avenida corregidora, calle venustiano carranza y prolongación abasolo (INEGI, 2020).

Imagen 1.- AGEB Chimalhuacán, 2020



INEGI. (2020a). Espacio y datos de México Recuperado 14 de noviembre de 2022
<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.

Conforme a lo anterior, en la (Imagen 1) se logra apreciar el Área Geoestadística Básica 1503100010041 que se consideró para el trabajo de gabinete, los datos estadísticos que se obtuvieron de esta fuente fueron exclusivamente poblacionales (INEGI, 2020).

Tabla 28.- AGEB Calle Libertad Chimalhuacán, 2020

CALLE LIBERTAD		
MANZANA	1503100010041008	
POBLACIÓN TOTAL		244
POBLACIÓN FEMENINA	POBLACIÓN MASCULINA	POBLACIÓN DE 0 A 14 AÑOS
132	112	64
Porcentajes		
54.10%	45.90%	26.23%

INEGI. (2020b). Espacio y datos de México: Calle Libertad Recuperado 14 de noviembre de 2022 <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.

Como se logra observar en la (Tabla 28) la calle libertad, con número de manzana 1503100010041008, cuenta con 244 personas, de los cuales la población femenina consta de 132 mujeres, lo que representa el 54.10%, para el caso de la población masculina consta de 112 hombres, lo que representa el 45.90% y finalmente la población de 0 a 14 años de edad tanto femenina como masculina es de 64 menores lo que respecta el 26.23% de la población (INEGI, 2020).

Tabla 29.- AGEB Avenida Corregidora y calle Venustiano Carranza Chimalhuacán, 2020

AVENIDA CORREGIDORA Y CALLE VENUSTIANO CARRANZA		
MANZANA	1503100010041015	
POBLACIÓN TOTAL		440
POBLACIÓN FEMENINA	POBLACIÓN MASCULINA	POBLACIÓN DE 0 A 14 AÑOS
227	213	114
Porcentajes		
51.59%	48.41%	25.90%

INEGI. (2020c). Espacio y datos de México: Avenida Venustiano Carranza Recuperado 14 de noviembre de 2022 <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.

A continuación los datos que se muestran en la (Tabla 29) avenida corregidora y calle venustiano carranza, con número de manzana 1503100010041015, cuenta con 440 personas, de los cuales la población femenina consta de 227 mujeres, lo que representa el 51.59%, para el caso de la población masculina consta de 213 hombres, lo que representa el 48.41% y finalmente la población de 0 a 14 años de edad tanto femenina como masculina es de 114 menores lo que respecta el 25.90% de la población (INEGI, 2020).

Tabla 30.- AGEB Prolongación Abasolo Chimalhuacán, 2020

PROLONGACIÓN ABASOLO		
MANZANA	1503100010041016	
POBLACIÓN TOTAL		396
POBLACIÓN FEMENINA	POBLACIÓN MASCULINA	POBLACIÓN DE 0 A 14 AÑOS
188	208	73
Porcentajes		
47.47%	52.53%	18.43%

INEGI. (2020d). Espacio y datos de México: Prolongación Abasolo Recuperado 14 de noviembre de 2022 <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.

Finalmente en la (Tabla 30) prolongación abasolo, con número de manzana 1503100010041016, cuenta con 396 personas, de los cuales la población femenina consta de 188 mujeres, lo que representa el 47.47%, para el caso de la población masculina consta de 208 hombres, lo que representa el 52.53% y finalmente la población de 0 a 14 años de edad tanto femenina como masculina es de 73 menores lo que respecta el 18.43% de la población (INEGI, 2020).

Imagen 2.- AGEB Calle Libertad, Avenida Corregidora y calle Venustiano Carranza, Prolongación Abasolo Chimalhuacán, 2020



INEGI. (2020d). Espacio y datos de México: Prolongación Abasolo Recuperado 14 de noviembre de 2022 <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.

Se considera la (Imagen 2) para lograr apreciar el AGEB en conjunto con las calles que sirvieron como muestra para el trabajo de gabinete.

CAPÍTULO 4. DE LA REALIDAD ALIMENTARIA A ESTRATEGIAS FAVORABLES

4.1 La situación alimentaria en México.

De acuerdo con Ponte (2003), Tenemos en consecuencia, que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo [...] biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio, pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde existe libertad de elección. (Ponte, 2003: 33-45). Desde las reflexiones de Virchow se derivan tres conclusiones fundamentales:

1. La salud pública concierne a toda la sociedad y el Estado está obligado a velar por ella.
2. Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad.
3. Es necesario adoptar medidas, tanto sociales (libertad, seguridad y prosperidad para todos) como médicas, a fin de promover la salud y combatir la enfermedad (Ponte, 2003: 188-189).

En medio de una profunda crisis alimentaria cuyos actos de solución no parecen verse a corto plazo a pesar de los recursos [...]; sumidos en enormes desigualdades en la distribución y el consumo de lo poco que se produce y de lo que se importa, los fenómenos de la alimentación y la nutrición adquieren una importancia de primer orden en una sociedad semidesnutrida como la nuestra, por si fuera poco todas las deficiencias en ellos presentes tienen una clara y directa consecuencia no sólo los hechos de la salud, además se trata de fenómenos en los que se articulan diversos procesos colectivos de carácter económico, social y cultural con aspectos biológicos de tipo individual, las deficiencias e insuficiencias en la producción alimentaria, los problemas de distribución y las deficiencias cualitativas y cuantitativas del consumo están

originando severas consecuencias entre la población que naturalmente son mayores en los sectores de bajos ingresos (López, 1980b: 42-43).

En particular la accesibilidad al alimento en cantidad y calidad adecuadas determina los niveles de nutrición, de ahí que los grupos tengan acceso diferencial a los alimentos de acuerdo a las formas en que se insertan en los medios de producción de la misma manera y, en consecuencia sus patrones de consumo son heterogéneos, por consiguiente, el acceso a los alimentos se da de manera diferencial al interior de las sociedades. (Rivera, 2007: 38). Los grandes cambios en nuestra alimentación y en la actividad física que realizamos se dieron durante los últimos 30 o 40 años; el tipo de frutas, verduras, productos lácteos y carnes es distinto, su acceso es complicado (Barriguete, 2017a: 25).

Es un hecho innegable que los mexicanos hemos modificado nuestros hábitos alimenticios: ahora consumimos cerca de 30% menos verduras y frutas, frente a un incremento aproximado de 40% en el consumo de refrescos, lo que ha generado un desequilibrio que se refleja en el peso de la población en general. (Barriguete, 2017b: 28). El impacto del cambio en la alimentación se disparó en los últimos años porque la población mundial emigró del campo a las ciudades y esto generó grandes concentraciones urbanas. Debido a la oferta de trabajo, predominantemente sedentario, esta modificación urbana aceleró el cambio de dieta, [...] con alimentos ricos en grasa y harina blanca refinada. De ahí que se considerara que la salud está asociada a mejores dietas, es decir, dietas con alto contenido calórico. Por lo tanto, el aumento del nivel económico se relacionó con una dieta⁸ alta en contenido calórico, con más grasa, proteína animal,

⁸ El término dieta proviene del latín *diaeta* y del griego *diata* que significa “régimen de vida”, normas que gobiernan o rigen la vida, al hablar de dieta nos referimos también a comer sabroso, a un menú saludable, incluso a la cura de algún mal o estar mal alimentado. Por otra parte, dieta también significa la necesidad de encontrar algo que nos ayude a gobernar nuestro apetito, lo que convierte a la alimentación en un grave problema cuando perdemos la riqueza de la variedad de alimentos, la espontaneidad de comer en el momento que se nos antoja y seguir nuestras señales de hambre y saciedad.

Con frecuencia cuando escuchamos la palabra dieta, nos viene a la mente algo restrictivo, incómodo, molesto y limitante, que puede a su vez explicarnos por qué no se nos antoja entrar a un régimen que tiene un perfil autoritario, y este aspecto es sumamente importante cuando tomamos decisiones acerca de la alimentación. (Barriguete, 2017e: 39)

carbohidratos y baja en fibra. Esta dieta asegura muchas calorías, pero no una mejor alimentación (Barriguete, 2017c: 32).

De acuerdo con indicadores de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2012, La disminución de los ingresos y el aumento en el precio de los productos generan, primero, preocupación seguida de una menor calidad de alimentos en la dieta y después un menor contenido calórico en adultos y después en niños, hasta llegar a un estado de hambre, esta situación puede orillar a las personas a comer por hambre y no para nutrirse (Ávila, 2010: 127).

Tan solo basta observar a nuestro alrededor y veremos que estamos rodeados de personas con malnutrición, solo hace falta recordar que más del 80% de la población tiene dificultades en la economía, el acceso a los alimentos y el conocimiento para el consumo de una dieta balanceada. (Lavielle & Thompson, 2017: 35). En todos los casos, las personas consumen los alimentos a los que tienen acceso. Esto involucra a la economía, la disponibilidad de los productos y un factor que en los últimos años ha resultado clave para la selección de los alimentos: la promoción de estos mediante la publicidad masiva (Lavielle & Thompson, 2017: 36).

Existe una tendencia generalizada según la cual parte del personal de salud considera que el problema de malnutrición en el país se debe a la ignorancia de la gente. Es importante analizar si estas aseveraciones y estrategias son correctas, porque la complejidad de este problema es multifactorial y va más allá de un simple apoyo económico o de la transmisión de conocimiento. Las personas en el país, en su mayoría, son de bajos recursos y están consumiendo alimentos para sobrevivir, sin importar su valor nutricional, su balance o efecto dañino en el organismo. La gente está buscando combatir el hambre, quieren evitar morir a toda costa sin importar lo que se alcancen a comer. La población está consumiendo los alimentos a los que tiene acceso, es decir, los productos que el presupuesto familiar permite comprar (Lavielle & Thompson, 2017: 37-38).

Por otro lado, las mujeres forman parte de la fuerza de trabajo, pero conservan su función de comprar y preparar los alimentos de la familia. Sin embargo, al contar con mucho menos tiempo para desempeñar esta función, se incrementa el consumo de alimentos fuera de casa, principalmente aquellos catalogados como comida rápida, que son energéticamente densos y pobres [...] cuando prepara en casa la comida, la mujer tiene que echar de mano de alimentos de fácil preparación, como los productos congelados, precocidos o preservados, que son ricos en azúcares refinados, grasas saturadas, conservadores y de menor riqueza nutricional (García, 2010: 455-460). La adopción de alimentos procesados y ultra procesados como parte fundamental de la dieta, podemos llegar a ciertas conjeturas relevantes para la comprensión de que la cultura alimentaria es también un asunto político y económico (Crovetto & Uauy, 2012: 305-312).

Por un lado, está la preocupación de enfermar como consecuencia de una mala alimentación, por el otro, la necesidad de adoptar un esquema alimenticio determinado, una vez que se ha presentado la enfermedad (OMS, 2003: 1). La alimentación y la enfermedad tienen muchas connotaciones construidas en el mundo cultural y social. En sí misma, la alimentación puede ser reconocida socialmente como peligrosa y de riesgo. La enfermedad lleva a pensar en ciertos alimentos prohibidos como factores de riesgo para quien no la tiene, y como peligrosos para el individuo que ya la padece; su consumo provoca la percepción de peligro y miedo, y esta percepción de riesgo para la salud tiene claramente relación con juicios de valor. La alimentación y su relación con las enfermedades es un riesgo que no solo afecta la salud sino también la economía y modifica la cultura alimentaria (Lavielle & Thompson, 2017: 120-122.)

Las tendencias alimenticias han evolucionado de forma importante, un creciente número de hogares con un solo jefe de familia, madres solteras, que por lo general trabaja, y dispone de menos tiempo para la preparación de alimentos en casa. En consecuencia, hay mayor consumo fuera de casa y compra de

alimentos listos para comer, ya sea congelados, empacados, refrigerados o que se piden a domicilio (Lavielle & Thompson, 2017: 149-150).

4.2 La subalimentación detrás de la pobreza.

Es importante considerar que los salarios por debajo del mínimo no son suficientes para la compra de la canasta básica, [...] de ahí que muchas veces los cuidadores primarios ven restringidas las decisiones y prácticas alimentarias en relación con el tiempo que disponen para alimentar y su salario destinado (Berrones, Rosales, 2010; Lopez, Hernandez y Ordoñez, 2014: 39). [...] el desempleo temporal y estructural, [...] porque los mejores empleos se reservan para ciudadanos con mejores niveles educativos [...] disponibles son de niveles salariales frustrantes: en suma puede tener causas nutricionales, familiares, sociales, hereditarias, y por supuesto, económicas y todas ellas combinadas, las que configuran el fenómeno perfectamente identificable del resentimiento social, la marginación, [...] (Cortés, 2001: 7). De nivel socioeconómico bajo, con hijos, la comida sirve como premio o castigo; además, no existen horarios definidos para comer por que al ser varias familias en un mismo espacio el horario de comida se extiende durante todo el día, para comer, estar fuerte y crecer (Barriguete, 2017d: 16).

Por otra parte, hay una explicación histórica frente a la desnutrición y la necesidad de alimentar a las clases trabajadoras, porque estas cubren largas jornadas de trabajo y tienen necesidad de contar con energía suficiente para cumplir con sus labores. En realidad detrás de la desnutrición está la pobreza y, por lo tanto, los movimientos sociales (Barriguete, 2017f: 26).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), las cuales señalan que la pobreza, definida como la falta de un bien o medio para la sobrevivencia y el desarrollo de un ser humano, así como la vida en condiciones que no les permiten cubrir sus requerimientos básicos entre los que se encuentran el acceso

a servicios de salud, educación, alimentación, básicos y calidad de vivienda. (Alexandratos, 1995: 30). De acuerdo con el INEGI, en 2008, 18.2% de la población mexicana se encontraba en pobreza alimentaria. (INEGI, 2008: 1). Es decir, no cuenta con el ingreso suficiente para adquirir los bienes de la canasta básica, aun si utilizara la totalidad de su ingreso. Esto implica que gran parte de la población sobrevive con menos de un salario mínimo y casi 11% lo hace con menos de \$39.54 pesos mexicanos diarios (Gonzalez & Barragan, 2012: 23-46). Por otro lado, la caída de los salarios reales ha llevado a reemplazar en las mesas de los más pobres las frutas y las verduras, cereales y leguminosas (cuyo precio ha subido desproporcionadamente) (Moreno Altamirano, 2014: 160).

4.3 La desigualdad alimentaria multifactorial.

Cabe destacar que los determinantes sociales de la salud (DDSS) permiten explicar y comprender la complejidad de los procesos de salud/enfermedad en torno [...] (Lopez, Escudero, Carmona, 2008: 323-335), no obstante la atmósfera determinante de la salud en nuestro país está dada por una situación en la que el bienestar de una minoría se consolida a un alto precio para las mayorías el desarrollo [...] se logra a expensas de la pobreza [...] las carencias [...] los alimentos escasean y están distribuidos de manera desigual [...] (López, 1980c: 46). Podemos adicionar que los problemas de salud se minimizan y se ocultan, los pocos y lentos avances se protegen como maravillosas conquistas, y el trasfondo, como podrá verse, es un panorama hirviente de miseria y enfermedad, así como una situación de profunda desigualdad en los recursos con los que se cuenta para combatir las diferentes clases sociales (López, 1980a: 19).

Desde el nivel más básico, que en el caso de la sociedad es la familia, hasta en la relación mundial que prevalece entre los países existe similitud en el comportamiento del sistema en orden y jerarquía, donde el poder económico y el nivel cultural han sentado las bases en la formación y el desarrollo humano que indiscutiblemente nos ha llevado a la inequidad en el acceso a la calidad de cualquier producto o servicio en general (Lavielle & Thompson, 2017: 26). Puede

afirmarse que la cultura alimentaria se va moldeando en gran medida por el acceso a los alimentos, situación que difiere de las condiciones socioeconómicas de las personas (Cockerham, 2005: 51-67).

Por lo tanto, se puede sostener que en la población mexicana hay grandes asimetrías alimentarias y desigualdad en los patrones de consumo debido, en gran medida, a las diferencias que se observan en la distribución del ingreso (Tello, 2010: 1). El acceso al mercado y al consumo de los alimentos nutritivos es cada día más excluyente (Lavielle & Thompson, 2017: 119). Regresar a los alimentos tradicionales es una postura muy favorecida, a ese respecto la Conferencia de Ottawa plantea la necesidad de desarrollar cinco grandes estrategias en materia de Promoción de la Salud: formulación de políticas públicas, por ejemplo, en materia alimentaria; apoyo a la producción de alimentos básicos; restricción de la difusión de comerciales sobre alimentos chatarra a través de la televisión; orientación nutricional y etiquetado de alimentos sobre sus propiedades nutricionales (Ottawa, 1986: 1). Al respecto, afirma la FAO:

Son necesarias políticas que contribuyan a aumentar sus ingresos, laborales y no laborales asegurar ayuda alimentaria en poblaciones de mayor vulnerabilidad, e impulsar cambios en el consumo, orientados a la integración en la dieta de alimentos más sanos, que incorporen mayor utilización de alimentos locales y lo mejor de las tradiciones culturales en cada país (FAO, 2012: 1).

4.4 El acceso al derecho a la alimentación.

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) 2006 señala: El problema alimentario constituye uno de los principales retos en la satisfacción de los derechos humanos a nivel universal. Desde junio de 2006, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través del Consejo de Derechos Humanos, órgano sustituto de la Comisión de Derechos Humanos de esta organización, ha encomendado a los expertos en derechos humanos a velar por el derecho alimentario (ACNUDH, 2006: 1-10).

En la actualidad ya no es suficiente tener acceso a la alimentación, muchas veces se abusa del recurso alimentario, haciendo del problema nutricional el mayor problema de salud de las diversas poblaciones (Lavielle & Thompson, 2017: 7). Las diferencias socioeconómicas, educacionales y el acceso a la información, influye para la elección de una dieta adecuada o no (Rosales, Lopez, Baez, Casimiro, Cortés, et al. , 2021: 37). La posición del Banco Mundial se vio completada con la teoría de Amartya Sen sobre la hambruna, Sen destaca el efecto de los derechos de las personas en el acceso a los alimentos, es decir, la producción, el trabajo, el comercio y la transferencia de recursos básicos (Sen, 1981: 1).

Acceso o capacidad para adquirir alimentos, los alimentos deben estar disponibles, física y económicamente, para toda la población. El acceso físico a alimentos saludables y nutritivos (así como su precio) depende tanto de la oferta (disponibilidad) como de la demanda de los consumidores (CONEVAL, 2010: 1). No obstante, la educación dirigida al cambio de conducta alimentaria en la población es, sin duda, una de las acciones más complicadas de llevar a cabo. Las campañas en los medios informativos resaltan los beneficios de las conductas saludables y han impactado a la población de diversas maneras, creando una división entre individuos que llevan a cabo conductas de salud y aquellos que no lo hacen. Esto permite concluir que la información o el conocimiento por sí mismos no son suficientes para producir la modificación de la conducta.

Por consiguiente, se puede observar que el problema actual ya no radica en convencer a la población de los beneficios de las conductas saludables, sino en diseñar estrategias que ayuden a los individuos a apegarse a los programas de salud dirigidos al cambio de conducta. Una de las técnicas para alcanzar estos objetivos es centrar todos los esfuerzos en el conocimiento de los diferentes segmentos de la población. Si las intervenciones logran brindar una experiencia positiva a los usuarios, generaran una actitud favorable y una participación consistente (Lavielle & Thompson, 2017: 154). Producir un cambio hacia un

nuevo estilo de vida no es un proceso lineal ni unidimensional; por el contrario, esta transformación comprende una serie de etapas. Esta secuencia se presenta desde la toma de conciencia del problema, pasando por la motivación para modificar la conducta problemática, buscar opciones acerca de cómo producir el cambio, adopción de la nueva conducta, hasta el estadio final, que comprende el mantenimiento de la misma. Por consiguiente, en cualquier intervención se requiere utilizar diferentes estrategias de modificación de la conducta de manera que se pueda influir en los individuos, según el momento del proceso en el que se encuentren (Salgado, 2012: 66-77).

Para que los principios de estos planteamientos teóricos, provenientes de las ciencias sociales, se apliquen a las intervenciones sobre cambios en la conducta alimentaria, es importante que cumplan con ciertas características:

- Tienen que ser accesibles a la mayoría de la población independientemente de su nivel económico, es decir, su costo debe ser bajo para que no constituya una barrera para las personas de bajos recursos.
- Deben ser lo suficientemente flexibles para satisfacer las necesidades de grupos concretos, responder a nueva información y a las sugerencias emanadas de la comunidad interesada. Por otra parte, los planificadores deben estar familiarizados con la cultura y los valores de la comunidad y tenerlos en cuenta al formular actividades; a la gente no le gusta adoptar comportamientos que estén alejados de su actuar diario y que no sean acordes con los valores de su grupo.
- Finalmente, sería conveniente que las personas a las que va dirigido el programa de intervención se involucraron en su planeación para asegurarse de que satisface sus necesidades reales, pues es más probable que un programa de buenos resultados si es bien conocido en la comunidad (OPS, 1998: 4).

4.5 Estrategias para optimizar la alimentación infantil desde la perspectiva de la promoción de la salud.

El Estado Mundial de la Infancia 2019 concluye con un programa en cinco etapas para dar prioridad al derecho de los niños a la nutrición. Esto comienza con la necesidad de empoderar a las familias, los niños y los jóvenes para que exijan alimentos nutritivos y motiven a los proveedores de alimentos a tomar medidas que tengan en cuenta las necesidades de los niños, mejorando la disponibilidad, el precio, la seguridad y la conveniencia de los alimentos sanos. Los niños y los jóvenes también deben estar rodeados de entornos alimentarios saludables que los protejan de las prácticas de comercialización abusivas y capaciten a las familias y a los cuidadores para tomar mejores decisiones. Además de la necesidad de esas medidas en el sistema alimentario, es preciso movilizar otros cuatro sistemas esenciales, a saber, los sistemas de salud, abastecimiento de agua y saneamiento, educación y protección social, para que presten servicios nutricionales y logren resultados nutricionales a una mayor escala. Por último, existe una necesidad urgente de recopilar periódicamente datos y pruebas para orientar la acción y supervisar los progresos en la mejora de la nutrición infantil en el siglo XX (UNICEF, 2019: 17).

El Marco de Prioridades de País de la FAO en México 2021 - 2025 fue preparado por la Representación de la FAO en México en colaboración con las diferentes instituciones nacionales, considerando la visión, objetivos y orientaciones del nuevo gobierno de México, así como la visión estratégica de la FAO a nivel global y regional. Sus contenidos y alcances fueron concebidos para armonizar los objetivos y prioridades, tanto del Sistema de Naciones Unidas como de todas las instituciones mexicanas con las que la FAO mantiene relaciones de colaboración y cooperación de las cuales se emiten tres prioridades sin embargo la tercera nos menciona que:

Fomentar sistemas y entornos alimentarios saludables y sostenibles para enfrentar la inseguridad alimentaria, el sobrepeso, la obesidad y otras formas de

malnutrición, todo esto parece confirmar que, es necesario e imprescindible contar con lo anterior para lograr tanto un completo estado de derecho alimentario como también satisfacer las necesidades más básicas para el grupo etario infantil (FAO, 2021: 1).

Lo dicho hasta aquí sostiene que, la desigualdad es uno de los factores que inciden en la falta de oportunidades, ya que, determina las condiciones de desarrollo para las familias. Por ello, el Gobierno del Estado de México impulsa una política inclusiva, transversal y focalizada, que mejora las condiciones de vida y los derechos de las familias, articula acciones de las instancias gubernamentales y contribuye a reducir la pobreza y la desigualdad (Gobierno de México, 2018: 52).

Aunado a lo anterior se establecen los objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales. que aunque estas sólo están diseñadas para ser implementadas dentro del sector y personal de salud, se propone desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, se establezcan también para la población en general, considerando primeramente a los y las cuidadores primarios del grupo etario infantil, por tratarse de la relevancia de este caso.

En principio, se considera el primer objetivo prioritario en donde señala que, mejorar la salud, nutrición y desarrollo infantil, a través de intervenciones oportunas y de calidad para la atención integrada de la salud y nutrición de niños y niñas durante la primera infancia, por lo que su propia estrategia prioritaria señala que, atender oportunamente los principales problemas de salud que afectan al grupo etario infantil durante la primera infancia, considerando los determinantes sociales, la interculturalidad y la perspectiva de género para mejorar su bienestar, en ese sentido las acciones puntuales señalan, prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades diarreicas agudas e implementar acciones de detección, vigilancia y control de la mala alimentación y nutrición.

Por lo que se refiere a la segunda estrategia prioritaria, indica, diseñar e implementar intervenciones multisectoriales y focalizadas para la atención integrada a la salud de los niños y las niñas durante la primera infancia y mejora de su bienestar, con énfasis en zonas prioritarias y con mayor vulnerabilidad, sin embargo las acciones puntuales indican que resulta importante, diseñar guías de alimentación (dirigidas a personal de salud y padres de familia o cuidadores), optimizando los alimentos de cada región y fomentando su consumo. En última instancia la tercera estrategia prioritaria subraya, implementar acciones que contribuyan al desarrollo integral de las infancias durante la primera infancia, mediante la adquisición de habilidades y competencias para mejorar su bienestar.

En segundo lugar, se establece el segundo objetivo prioritario el cual menciona, mejorar la salud y nutrición a través de intervenciones oportunas y de calidad para la atención integrada de la salud y nutrición de los y las menores. En tercer lugar, se establece el objetivo tres, el cual apunta a la estrategia prioritaria de, actualizar el marco normativo para la atención integrada a la salud y nutrición de niños y niñas, para mejorar su bienestar, en lo que respecta a las acciones puntuales de esta, indican, difundir la legislación en materia de respeto a los derechos de niñas y niños con énfasis en el derecho en la protección a la salud, siguiendo la misma línea, dentro de la estrategia prioritaria número tres, denota, incrementar las capacidades del personal de salud para detectar diagnosticar y controlar la mala nutrición en menores para asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo y evitar enfermedades no transmisibles, para ello se explican las acciones prioritarias más relevantes de las cuales puntualiza, capacitar al personal de salud en los mecanismos de detección y diagnóstico oportuno de las formas de mala nutrición, promover una alimentación complementaria adecuada con respecto a edad de inicio, esquema de introducción, consistencia y frecuencia de alimentos (de acuerdo con las nuevas recomendaciones de la OMS), [...], promover la práctica regular de actividad física y lúdica, para favorecer el sano crecimiento en niñas y niños, desarrollar y vincular a

capacitación de personal de salud, material didáctico para fortalecer sus acciones en materia de nutrición. Por consiguiente dentro de la cuarta estrategia prioritaria plantea, realizar monitoreo, supervisión, evaluación y presupuestación de las acciones de atención integral de menores, para asegurar la adecuada implementación y mejorar su bienestar, en referencia ello, se sostienen las acciones puntuales, de las cuales, se considera, actualizar y aplicar herramientas de supervisión [...] en las entidades federativas, para los niveles estatal, intermedio y local, impulsar mecanismos de monitoreo de las acciones de atención a la salud de los y las menores con base en el marco de protección de derechos de los mismos.

Por último se asienta la estrategia prioritaria número cinco la cual indica, desarrollar alianzas multisectoriales para garantizar el pleno derecho a la protección a la salud de los y las menores, finalmente las acciones puntuales que establece son, participar en iniciativas de vinculación interinstitucionales e intersectoriales para articular intervenciones dirigidas a la garantía de derechos del grupo etario infantil principalmente la protección de la salud, crear alianzas con los sectores públicos, social y privado para promover la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad en el contexto escolar y participar en alianzas con los sectores públicos, social y privados para promover la erradicación de la explotación y trabajo infantil, trata, tráfico ilegal entre otros (Gobierno de México, 2022: 41-48)

CAPÍTULO 5 PROPUESTA: ORGANIZACIÓN SOCIAL CIVIL: COMEDOR COMUNITARIO INTEGRAL GRATUITO INFANTIL

A partir de una búsqueda exhaustiva con referencia al diseño de una propuesta desde el punto de vista de la Promoción de la Salud, que atienda a la población infantil, se encontraron diversos factores por los cuales el grupo etario infantil tiene un estado de vulnerabilidad considerablemente alarmante, es por ello que a partir de las necesidades que se logran observar mediante la investigación, se entiende que es necesario e indispensable abordar la problemática que enfrenta la población infantil, no solo por parte del estado de vulnerabilidad, desigualdad y pobreza en sus distintas fases sino que también de la alimentación insuficiente que reciben en sus primeros años de vida.

Es por ello que a partir de lo mencionado en capítulos anteriores y con relación a las necesidades de los niños y las niñas se considera oportuno, atender a la niñez y en casos exclusivos⁹ a los y las cuidadores primarios, a través de una organización social civil, en donde se implemente un comedor comunitario integral gratuito infantil, Con relación a ello los cuidadores deben de cumplir con una serie de características para poder ser acreedores de los servicios de los cuales son los siguientes y deben de ser comprobables para tal efecto:

- Tener de 15 a 60 años de edad.
- Tener una discapacidad.
- Acta de nacimiento (original y copia).
- Identificación oficial vigente, como la credencial del INE.
- CURP (Clave Única de Registro de Población).
- Comprobante de domicilio reciente (no mayor a tres meses).

⁹ Por mencionar casos exclusivos a los cuidadores primarios, se refiere a su diferente grado de vulnerabilidad, en consideración para conocerlos revisar el capítulo 2.

- Residir en el municipio de Chimalhuacán.
- Tener carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad, y presentar algún grado de desnutrición, pobreza, desigualdad y vulnerabilidad (leve, moderada o grave).
- El comedor comunitario dará prioridad a las personas con alguna discapacidad, mujeres embarazadas, madres y padres solteros con hijos menores de edad y personas adultas mayores.

en donde se implemente un comedor comunitario integral gratuito infantil, esto es una propuesta que se establece para poder erradicar muchos de los factores por los cuales atraviesan las infancias y se destacan la alimentación insuficiente que reciben en sus primeros años de vida, enfermedades crónicas, desnutrición, obesidad, disminución del aprendizaje cognoscitivo, además de deficiencias presentadas durante el crecimiento, el desarrollo físico y neurológico, etc, estos factores vistos desde la mirada biologicista.

Por otro lado, es importante destacar que es aquí en donde la Promoción de la Salud juega un papel importante dentro de esta problemática, ya que, la misma nos menciona que no sólo los factores biologicistas determinan un problema social como el que abordaremos, sino que también el ambiente, los recursos humanos, económicos, la religión, las ideologías, la psicología, el entorno social, los medios de comunicación y la política, determinan muchas cuestiones que actualmente imperan en el mundo en cuestión a la alimentación de los y las infantes.

Aunado a lo anterior, se considera importante que, mediante la implementación de esta propuesta, va mediada desde la promoción de la salud, ya que se lograra disminuir y posiblemente erradicar la situación desfavorable que atraviesan los infantes para que los aspectos vulnerables como la desnutrición, muerte prematura, enfermedades infecciosas, trabajo infantil y la deserción escolar, a las que los y las infantes se enfrentan y todo esto con el apoyo y esfuerzo que se brinde por parte de los y las promotores de la salud que vistos como líderes

de acción y como un vínculo entre la sociedad podrá lograrse el diseño, creación y ejecución de un comedor comunitario integral infantil.

5.1 Objetivo general cuantificado.

Atender a la población infantil que se encuentre en situaciones de vulnerabilidad es un reto para la Organización Social Civil, “Pancitas Felices”¹⁰, por lo que como meta se estipula atender diariamente 150 niños y niñas, semanalmente atender 1,050 niños y niñas y mensualmente atender 4,650 niños y niñas.

El comedor comunitario integral gratuito infantil pretende alcanzar a ofrecer dos tiempos de comida de los cuales serán el desayuno y la comida, de los cuales se derivarán tanto fríos como calientes otra de las vertientes a mencionar, es que el comedor mantendrá una propuesta general de alimentos básicos que funcionen como insumos permanentes para la preparación de los alimentos, por ejemplo, huevo, leche, queso, pan, frijoles, tortillas, avena, lentejas, garbanzos, habas, alverjones, alubias, aceite, atún, sardina, arroz, harina de trigo, harina de maíz, café y trigo. Esto por mencionar algunos de los alimentos que serán incluidos en la dieta ya que alimentos frescos serán añadidos de acuerdo a la temporada, como carnes, frutas y verduras.

5.1.2 Objetivos específicos.

- Erradicar la desnutrición a la que actualmente muchos niños y niñas se encuentran viviendo.
- Erradicar las muertes prematuras por la falta o el nulo ingreso de alimentos nutritivos.

¹⁰ El nombre que se le asigna a la Organización Social Civil es “Pancitas Felices”, ya que, se considera que atiende a la problemática que más adelante profundizaremos, sin embargo, es importante mencionar que después de una previa investigación, se tuvo que recurrir a investigar si el nombre de la OSC, se encuentra registrado, es por ello que se realizó lo siguiente; entramos a la página oficial de cemefi www.cemefi.org entramos a la plataforma y elegimos la opción de servicios, posteriormente buscamos en el directorio de instituciones filantrópicas de cemefi y nos dimos cuenta que pancitas felices no se encontraba registrada como una OSC, finalmente se tomó la decisión de tomar el nombre “Pancitas Felices”.

- Favorecer una adultez óptima y saludable.
- Suprimir el trabajo infantil.
- Reducir la deserción escolar.

5.1.3 Objetivo social.

El objetivo social de la Organización de la sociedad civil en donde se implementará el comedor integral gratuito infantil es: disminuir y erradicar en la Cabecera municipal de Chimalhuacán gran parte de las problemáticas como la desnutrición, disminución en el crecimiento físico y el desarrollo neurológico, muertes prematuras, trabajo infantil, enfermedades gastro intestinales, etc. con lo anterior este comedor comunitario infantil “Pancitas Felices”, está comprometido con la sociedad en especial con el grupo etario infantil, en situaciones de vulnerabilidad, desnutrición, desigualdad e inequidad social, sería una estrategia y línea de acción por la cual de la mano con la Promoción de la Salud y diversas áreas en salud y nutrición se logrará diseñar, impulsar y ejecutar esta organización social civil con donataria autorizada.

5.1.4 Misión y visión.

Misión.

La misión de la OSC es implementar un comedor comunitario integral, y con ello lograr la disminución de los índices de desnutrición infantil, deserción escolar y muerte prematura, en los infantes.

Una de las misiones que tiene “Pancitas Felices” es crear comedores comunitarios donde puedan alimentarse con una dieta adecuada de forma saludable y nutritiva, con menús variados y supervisados por personal profesional capacitado, y no sólo eso, sino que también sea un ambiente sano, tranquilo, colorido, donde los niños y niñas se sientan protegidos en su derecho alimentario.

Visión.

Consolidarse como la Organización de la sociedad civil más importante en México que colabore en la alimentación infantil de calidad, atendiendo a la mayor cantidad de niñas y niños de la Cabecera municipal de Chimalhuacán, fortaleciendo el liderazgo en las diversas actividades que se realizan, así como en la Promoción de la Salud.

5.1.5 Valores institucionales.

La finalidad del concepto “valores institucionales”, es desarrollar la identidad a la organización social civil, ya sea tanto pública como privada, ya que, es necesario darle identidad, marca, diseño, personalidad, donde se garantice la autenticidad y el registro de la organización, es importante que se señale la pertenencia y por último vigilar que lo mismos valores sean aplicados, por parte de todo aquel que labore, participe o colabore dentro de la organización de la sociedad civil.

Es por ello que a continuación se mencionan los cinco valores institucionales que marcaran la pauta de la OSC y con ello lograr la identificación de la misma. Estos son:

Respeto.

Tratar con respeto a los niños y niñas, es uno de los valores más significativos, ya que es un valor indispensable para la organización social civil, donde no solo los infantes sean tratados con respeto, sino que también el personal que se encuentre trabajando directamente con los infantes y las mismas personas que laboren para la misma OSC pública.

Igualdad.

Vigilar que todos los niños y niñas sean tratados con igualdad sin importar su edad, sexo, religión, raza, o color de piel, condición económica o social, bajo ninguna circunstancia se aceptaran actitudes por parte de personal que labore o

participe en actividades propias de la organización, personas de otra organización, opiniones públicas que atenten contra la igualdad o algún acto que sea racista o ideologías clasistas o de odio en contra de los infantes, sus padres o cualquier persona.

Seguridad.

El objetivo de la misma OSC pública es ofrecer la seguridad alimentaria de los infantes y al mismo tiempo velar y defender uno de los derechos humanos fundamentales.

Felicidad.

Ofrecer felicidad a los niños y niñas a través de la alimentación, en un entorno donde se sientan queridos, abrazados y procurados por el simple hecho de cuidar y defender uno de sus derechos,

Amor.

Tratar con amor a todos los niños y niñas, desde su llegada al comedor comunitario, preparación de los alimentos, enseñándoles técnicas de lavado de manos antes y después de comer, además de técnicas de cepillado de dientes será la forma en la se demostrará este valor.

5.1.6 Stakeholder.

Es importante mencionar que los stakeholders, son todas aquellas personas que jugaran un papel importante tanto dentro como fuera de la OSC "Pancitas Felices", por otro lado, cabe señalar que también existen stakeholders, que de alguna manera puedan impedir que esta se efectúe.

Los stakeholders que apoyen positivamente el objetivo de la Organización Social Civil "Pancitas Felices" son los siguientes:

- Empresas mexicanas de alimentos, como Cinépolis, la costeña, grupo bimbo, Gruma (maseca), Jarritos, etc.
- Fondos sociales internacionales.
- Beneficiarios.
- Promotores y promotoras de la salud
- Profesionales especializados en alguna área de la OSC.
- Empleados.
- Inversionistas.
- Accionistas.

5.1.7 Estrategia y plan de acción.

Es necesario implementar una estrategia y un plan de acción del cual nos servirá como un apoyo para lograr los objetivos de la OSC, es importante mencionar que de ello gran parte dependerá el posicionamiento que tenga en un futuro “Pancitas Felices”. Por ello la estrategia y plan de acción que se seguirán a continuación son las siguientes:

5.1.8 Estrategia prioritaria y acciones puntuales.

Con base a la Secretaría de salud (2020), se mencionan la estrategia prioritaria y las acciones puntuales, que apuntan hacia dos ejes: la infancia y la Promoción de la Salud de las y los infantes, sin perder de vista a los y las cuidadores primarios de los mismos, Pancitas felices se alineará a ellos, los cuales son:

Estrategia prioritaria

Mejorar los servicios de salud y asistencia social para procurar el desarrollo bajo un enfoque integral y diferenciado de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género.

Acciones puntuales.

Implementar, los mecanismos para la detección oportuna de discapacidad o rezagos en el desarrollo en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, procurando su oportuna referencia, tratamiento y rehabilitación y evitando la estigmatización o discriminación.

Fortalecer la prevención y atención a todas las formas de malnutrición infantil, incluida la desnutrición, la deficiencia de micronutrientes, la obesidad y el sobrepeso, con el fin de salvaguardar un desarrollo sano.

Garantizar que todas las niñas y niños, cuenten con los servicios de atención primaria en salud, para prevenir, detectar y atender oportunamente los padecimientos que puedan afectar su desarrollo.

Promover acciones de coordinación interinstitucional orientadas a la atención, protección y restitución de derechos vulnerados o restringidos de niñas, niños, jóvenes y adolescentes en el ámbito de la salud restringidos.

Fortalecer el modelo integral de asistencia social, para la promoción del desarrollo integral infantil y cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de niñas y niños.

Promover campañas que procuren hábitos y comportamientos saludables en los entornos escolares, a través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral que considere la diversidad cultural.

Orientar a los padres y madres de familia, así como tutores para que promuevan estilos de vida saludables, y fomenten un desarrollo sano en sus hijos.

Impulsar la universalidad y acceso efectivo de la población a los servicios de vacunación a través de campañas integrales que concienticen a la población.

Fortalecer las campañas y mecanismos relacionados con la provisión de cuidados de niñas y niños para garantizar su salud y sano desarrollo en los primeros años de vida (secretaría de salud, 2020).

Es muy importante que se atiendan tanto la estrategia prioritaria como las acciones puntuales anteriormente mencionadas, ya que, es indispensable que tanto la alimentación como la nutrición de los niños y niñas sea vista y durante toda su niñez se vigile la alimentación en general, aunado a ello es importante que se les brinde a los y las menores, alimentos nutritivos en porciones que sean de acuerdo a su edad, peso y talla, mediante prácticas que estén sujetas a la Promoción de la Salud, estilos de vida futuros, concientización, sensibilización de los estados y gobiernos para que los alimentos sean de costos accesibles y prácticas en donde los padres, madres y/o cuidadores primarios de los menores conozcan la importancia de una adecuada alimentación, lo anterior con la finalidad de erradicar las muertes infantiles y la deserción escolar por la falta de alimento de los menores, por ende tiene la finalidad de sustentar la ejecución de la organización social civil, en donde a continuación se establecen los elementos necesarios para su implementación.

5.1.9 Servicios.

Con base a lo anteriormente señalado los servicios que se proponen para la organización social civil con donataria autorizada en donde se implemente un comedor comunitario integral gratuito infantil, podría ofrecer una amplia gama de acciones por las cuales se pueden comenzar a actuar, la clave de la atención y futura erradicación de la vulnerabilidad a la que actualmente muchos niños, niñas se encuentran viviendo, podrá efectuarse mediante el trabajo constante, la lucha permanente por lograr un mejor futuro para los infantes, es por ello que de la mano de la estrategia prioritaria y las acciones puntuales, se lograra efectuar lo siguiente:

- Preparación de alimentos que se les otorgarán tanto a niños como a niñas y en casos exclusivos a los y las cuidadores primarios de forma integral y gratuita.
- Técnicas del correcto lavado de manos, técnicas del correcto cepillado dental, toma de medidas antropométricas.
- Asesoramiento y defensoría de los derechos humanos y sociales para los padres, madres, y/o cuidadores primarios en beneficio al grupo etario infantil.
- Difusión y prácticas del derecho alimentario acorde a la edad de los y las niñas, prácticas favorables para aprender a alimentarse de manera nutritiva y saludable, con poco presupuesto tanto para los y las cuidadores primarios como también para los y las niñas.
- Donación de prendas de vestir.
- Consultas médicas tales como: general, nutrición, oftalmológicas, gastrointestinales, pediátricas y de higiene personal.
- Atención personalizada a través de profesionales en el área de Promoción de la Salud, nutrición, salud, trabajo social, derecho, psicología, medicina etc.

5.1.10 fortalezas y debilidades. Análisis foda de la osc.

	Fortalezas	Debilidades
Internas	Valores.	Que los profesionales en salud y los promotores de la salud no se comprometan.
	Profesionales y Promotores de la salud.	Los diferentes stakeholders no comprendan bien su participación.
	Estrategias aplicadas en la OSC.	Las estrategias carezcan de fundamentos y bases para ser aplicadas.

	Atención para la población infantil.	No contar con los recursos necesarios y suficientes.
	Trato digno.	Los profesionales y promotores no trabajen de forma ética.
	Confianza.	No estar al tanto de lo que ocurra de forma periódica en la OSC.
	Sensibilización.	Los promotores y promotoras de la salud además de los profesionales en salud trabajen bajo intereses particulares.
	Higiene.	La zona que se designe para poder establecer la OCS carezca de agua y de elementos que impidan el saneamiento del establecimiento.
	Concientización.	Los profesionales y los y las promotoras de la salud sientan enajenación con el objetivo.
	Trabajo en equipo.	Perder el control.
Externas	Oportunidades	Amenazas
	Confianza.	Las industrias con las que se busque trabajar de forma de apoyo no otorguen facilidades.
	Mejorar los estilos de vida en los infantes, futuros adultos y adultas.	Tanto los padres como los mismos menores no muestren interés en acercarse a la OSC.
	Aceptación de la OSC por parte de la población.	El estado en donde quiera implementar la OSC no permitan, u obstaculice su implementación.
	Acceso a la información acerca de la alimentación.	No contar con los medios necesarios para poder difundir información sobre la apertura de la OSC.

Adaptar mejores estilos de vida saludables, con lo que la población tenga al alcance.	La población sienta que tanto los y las profesionales en salud y Promoción de la Salud somos una amenaza.
Acercamiento con la población infantil, padres de familia y profesionales, promotores de la salud.	El gobierno federal no permita que se establezca la OSC, a pesar de que se den a conocer los fines de la misma.
Que los padres de familia permitan que los infantes se integren a la OSC.	Perder apoyo en su caso de la población que esté de acuerdo, por influencia de otras personas de la población.
Concientización.	Los líderes de la población quieran ejercer alguna clase de poder sobre la OSC.
Respeto.	Perder el objetivo, misión y visión de la OSC una vez ya establecida.
Lograr un impacto a futuro con la población infantil.	Las empresas e industrias no quieran trabajar o apoyar la OSC.

5.1.11 Marco legal.

Es necesario mencionar que la Organización Social Civil, “Pancitas Felices”, requiere del apoyo de los Derechos tanto humanos, sociales, económicos, culturales, en general, ya que es una parte fundamental que lograra fundamentar el objetivo social que tiene la OSC en sí.

A partir de los elementos previamente mencionados dentro del diseño del proyecto, podemos observar que existen tres vertientes, de los cuales se le

dedica un apartado dentro del documento, por mencionar algunos: la vulnerabilidad, la infancia y la alimentación, además de estos elementos, debemos de reconocer que existen otros elementos de los cuales es importante mencionar y que requieren de la base de los derechos específicamente de los niños y las niñas.

Cabe resaltar que el derecho a la alimentación es fundamental para el crecimiento, desarrollo y sobre todo de protección para los y las infantes, al igual que es importante el derecho a la protección, a la no discriminación de los infantes, se reconoce que los derechos son elementos inherentes, inalienables e inviolables.

Es por lo anterior que la normatividad que regirá el actuar de Pancitas Felices será:

- Internacional.

Las organizaciones, universales que mencionan los derechos constituidos a nivel internacional que protegen a los niños y a las niñas, son las siguientes:

-La Declaración Universal de los Derechos Humanos.

-Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

-Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador.

-La Organización de las Naciones Unidas (ONU).

-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

-Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Genérico.

Los derechos que se establecen a continuación son parte fundamental para la OSC, es importante mencionar que además de las comisiones, protocolos, declaraciones, leyes y la constitución, se establecen los artículos que se encuentran para la protección de los derechos como la alimentación, a la no discriminación y protección de los niños y las niñas.

-Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).

-Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos artículo 4.

-Constitución Política de la Ciudad de México artículo 9.

-Declaración Universal de Derechos Humanos artículo 7, artículo 2.

-Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador artículo 3, artículo 16.

-Constitución Política de la Ciudad de México artículo 4.

-Ley General de salud artículo 2, artículo 3.

-Ley de Salud del Distrito Federal artículo 3, artículo 4, artículo 5.

- Específico.

De acuerdo a las leyes y las normas que protegen a los niños y a las niñas se proponen las siguientes, además se anexa una ley de los comedores comunitarios que actualmente se encuentra en la Ciudad de México.

-Ley general de los derechos de los niños y las niñas.

-Ley de comedores sociales de la Ciudad de México.

-Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

-NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

5.1.12 CATÁLOGOS DE INSUMOS.

Para realizar las labores anteriormente, se ha elaborado una lista de insumos que serán necesarios para atender a la población infantil, misma que se desglosa a continuación:

N° Insumos de cocina		N° Insumos del área comedor		N° Materiales de almacén		N° Insumos de salud		N° Comedor	
Estufas	4	Mesas	15	Laptops.	4	Refrigeradores	4	Jabón	100
Refrigeradores	4	Sillas.	300	Computadora de escritorio.	4	Mesas.	4	Cepillos dentales.	300
tanques de gas.	4	Sillas de bebe.	150	Escritorio.	4	Estantes.	15	Pasta dental.	150
Mesas	4	Manteles.	300	Bolígrafos	100	Escaleras.	5	Detergente.	50
Vasos,	300	Botes de basura.	20	Lápices.	100			Cloro.	50
Juegos de cuchara,	300	Dispensadores de agua.	5	Engrapadoras.	10			Guantes.	40
tenedor y cuchillos.									
Baterías de cocina.	5			Papel tamaño	500			Cofias.	40

				carta y oficio.				
Planchas.	4			Impresoras.	4			Cubre bocas. 40
Licuadoras.	6			Folders.	500			Lentes. 40
Trituradoras.	6			Gomas.	100			Batas. 40
Juegos de cucharones, cucharas, tenedores, cuchillos.	5			Resaltadores.	100			
Tazas.	300			Calculadoras.	10			
Jarras.	15			Sillas.	8			

5.2 Plantilla de personal.

La organización pancitas felices no podría realizar su labor de no contar con el personal altamente calificado para las labores que se llevarán a cabo, es por ello que para la atención de los infantes se requiere de los siguientes especialistas.

Personal. Número del personal requerido.	
Promotores de la Salud.	4
Nutriólogos o nutriólogas.	2
Educadores para la salud.	2
Contador o contadora.	1

Administrador o administradora.	1
Licenciado o licenciada en recursos humanos.	1
Abogados o abogadas.	2
Chefs.	2
Secretarios o secretarias oficinas, llamadas.	2
cocineros y cocineras	4
Trabajadores o trabajadoras sociales.	2
Captadores de fondos.	2
Personal de limpieza.	5
Choferes.	2
Personas traslado de insumos materiales.	4
Encargados de almacén.	4
SUMATORIA	40

Formalizar en términos jurídicos los acuerdos que se van a llevar a cabo con las organizaciones sociales, instituciones públicas y organismos internacionales y empresas privadas.

5.2.1 Equipos de trabajo.

Con el paso del tiempo todo el personal que labore dentro la Organización Social Civil “Pancitas Felices”, recibirá una capacitación constante, con la finalidad, de no perder de vista el objetivo principal que lo conforma.

Una parte esencial además de la capacitación constante, es que a medida del avance de la misma OSC, será necesario que existan talleres, pláticas, en donde

se toman temas de sensibilización, concienciación, etc., con la finalidad de no perder de vista cuál es la población con la que se está trabajando.

Por otro lado, es importante que todos los elementos que laboren dentro y fuera de la OSC, reciban pláticas, talleres y foros que traten temas relevantes acerca de los derechos humanos, con la finalidad de prevenir que estos violen de alguna manera los derechos de los niños y niñas y del personal que labore en la OSC.

Desde la Promoción de la Salud esta es una propuesta integral que dará respuesta a la falta de alimentación nutritiva que tienen los menores de edad en la cabecera municipal de Chimalhuacán, además logrará disminuir y erradicar la desigualdad alimentaria derivada de la pobreza económica por la cual atraviesan los y las cuidadores primarios que se encuentran a cargo de la alimentación de los menores.

Resultados.

Este trabajo tuvo como objetivo, analizar las variables sociales que limitan la alimentación adecuada y de calidad a los niños y las niñas lo que deriva a los menores tengan una deficiente nutrición en la Cabecera municipal de Chimalhuacán Estado de México, desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, de las cuales se analizaron las variables, salud, Promoción de la Salud, alimentación, infancia, pobreza, desigualdad y derechos humanos y la hipótesis que se establece es, si existen determinantes sociales como la desigualdad, la pobreza, y la vulnerabilidad, que afectan severamente la alimentación de los niños y niñas de la cabecera Municipal de Chimalhuacán, mismas que afectan y comprometen la salud y la vida adulta del grupo etario la alimentación infantil depende del salario que perciben, los cuidadores primarios, lo que conlleva a que el recurso que se destina para la alimentación de los infantes no es suficiente. Lo anterior contribuiría a que el grupo etario infantil no logre acceder a una buena alimentación. Derivado de lo anterior los alimentos que se les ofrece a los niños y a las niñas carecen de nutrientes que les ayude a su crecimiento (físico) y desarrollo (neurológico).

En consecuencia, podemos mencionar que el objetivo logró cumplirse durante la investigación al igual que en caso de la hipótesis, sin embargo, en cuestión de los determinantes sociales de esta tesis ha demostrado que la variable predominante es la pobreza de la mano de la desigualdad, surgiendo de esta manera la falta de los recursos económicos para poder dotar de alimentos nutritivos a las infancias. A través de la aplicación del análisis de datos, fue posible clarificar cuestiones que se encontraban visibilizadas, de las cuales se demostraron las siguientes:

Los datos que estiman dentro de los portales del municipio de Chimalhuacán son erróneos y carecen de datos concluyentes, esto a consecuencia del análisis exhaustivo que se realizó en la página oficial de INEGI, en comparativa con el portal Data Chimalhuacán, se demostró que los datos que especifican el número de niños y niñas era el mismo que usaban para dar el total de la población, así

mismo, en el portal DIF Chimalhuacán, se logró clarificar que los apoyos alimentarios en cuestión solo escolares, se le brindaban al mismo número total de habitantes, este número considerándolo como solo el total de niños y niñas como en el caso anterior, si bien dentro de los datos que se pueden observar esta discrepancia puede clarificarse dentro del capítulo dos en donde se habla más a profundidad de este tema.

De ahí que, demostrar que es fundamental la difusión de los derechos humanos en particular los que están destinados a la alimentación infantil, en los padres de familia de la Cabecera Municipal de Chimalhuacán Estado de México. Aunado a ello existen inconsistencias en los datos que se emiten a nivel municipal lo que compromete la información en la variable de desnutrición y pobreza.

Otra de las cuestiones que se logró detectar es el grado de desigualdad y el bajo salario, ocasiona las deficiencias en la alimentación infantil y las mismas repercuten de manera severa en la salud de los menores, es por ello que se puede mencionar que el nivel de ingresos si repercute ya que como anteriormente se mencionó el salario que perciben los cuidadores primarios no es considerado como suficiente para cubrir las necesidades. Podemos mencionar que a pesar de que la información se encuentre y exista, como lo señala Merino, (2021) no es suficiente que la información se encuentre plasmada, sino que la misma no es de fácil acceso para la población en general solo un porcentaje muy reducido puede acceder a ella (Merino, 2021: 8-14).

Desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, se propone, primeramente, considerar los objetivos prioritarios, las estrategias prioritarias y las acciones puntuales no solo para el personal de salud, sino también que esta sea considerada para la población en general. visibilizar la alimentación infantil como deficiente para el municipio de Chimalhuacán. establecer acciones puntuales, eficaces y eficientes para disminuir y erradicar la alimentación infantil deficiente que pone en riesgo la salud y la vida futura de los y las menores considerando como urgente llevar a cabo una organización de la sociedad civil que implemente un comedor comunitario integral gratuito infantil. reconocer como un derecho

esencial para la vida el derecho alimentario, para los niños y las niñas. Finalmente, desde este ámbito considerando de manera necesaria y urgente brindar a la población de herramientas necesarias y suficientes para optimizar la salud y el bienestar de los niños y las niñas de la Cabecera municipal de Chimalhuacán Estado de México.

CAPÍTULO 6. CONSIDERACIONES FINALES

6.1 Conclusiones

Si bien la teoría nos dice que todos los niños tienen derecho y acceso a la alimentación, no nos establece de forma clara que esta debe de ser nutritiva, por otra parte también nos menciona que debe de ser en condiciones de igualdad, sin embargo la realidad es que no lo es, ya que dentro del capítulo uno se menciona el marco teórico conceptual, en donde a grandes rasgos indica que la alimentación es una acción que todo ser humano necesita para poder satisfacer las necesidades más básicas, de la mano nos encontramos con la nutrición la cual menciona que esta es por la cual se obtendrán los nutrientes de los alimentos después de la ingesta, ahora bien, los niños y las niñas requieren de esta acción y que los alimentos sean nutritivos, se considera a partir de aquí que tanto la pobreza como la desigualdad, juegan un papel importante, ya que habiendo un alto grado de vulnerabilidad, los y las menores ven dificultades para satisfacer lo anterior, esto no es solo un aspecto a considerar ya que los factores económicos que perciben los y las cuidadores primarios a los cuales también se hacen frente dentro del capítulo uno afectan al grupo etario infantil.

Por otro lado dentro del capítulo dos damos de cuenta la situación alimentaria a partir de diferentes niveles partiendo desde la esfera mundial, hasta llegar a la esfera local, en donde no solo damos cuenta que realmente el mundo entero se encuentra en un estado crítico en términos de la alimentación infantil, lo realmente preocupante es que a nivel nacional y estatal, se siguen proponiendo, estableciendo normas, leyes, y artículos para poder mejorar esta situación, desafortunadamente, después de haber profundizado con apoyo de cifras, datos, estadísticas, etc., se reconoce que este es un tema que debe de tratarse con urgencia de acuerdo a las estadísticas que se presentaron, el CONEVAL, menciona que a nivel nacional el Estado de México se encuentra en el segundo lugar de pobreza, y por el lado local el municipio de Chimalhuacán se encuentra en el séptimo lugar de pobreza, es realmente alarmante encontrar estas cifras por las cuales no solo se trata de que algo se está efectuando de manera negativa, sino también que resulta necesario echar de mano todos los recursos materiales,

económicos, personales, para poder lograr disminuir y erradicar esta situación tan preocupante.

Dentro del capítulo tercero, se hace un breve análisis sobre las cuestiones que se revisaron en el capítulo dos, partiendo de las necesidades que lleva a los cuidadores primarios a alimentar a los y las menores para llenarles y no para nutrirlos, esto derivado de los ingresos económicos bajos, el poco o nulo acceso a los alimentos con alto valor nutricional, carencias o desconocimiento para alimentar a las infancias con una dieta balanceada y sobre todo la toma de decisiones a la hora de brindar alimentos ricos en nutrientes o no.

Por otra parte el salario percibido por debajo del mínimo no es considerado como suficiente para la compra de la canasta básica, dentro del capítulo se hace una reflexión que conviene revisar, ya que es realmente frustrante coincidir con datos que demuestran que una familia extensa se ve en la necesidad de vivir al día con menos de \$40.00 pesos mexicanos diarios, considerando esto, se llega a la conclusión que detrás de la desnutrición está la pobreza y los estragos que provoca en la salud de los menores es realmente alarmante, y para ello se hace mención de tanto objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales, que aunque están dirigidas al personal de salud y se propone que desde la perspectiva de la promoción de la salud se establezcan para la población en general.

6.2 Conclusión de la propuesta: organización social civil: comedor comunitario integral gratuito infantil.

A la aportación con la cual concluyó este diseño de propuesta es indispensable efectuar el comedor comunitario integral gratuito, se considera que es una oportunidad bastante amplia de la cual los niños y niñas se verán beneficiados gran parte, por otro lado es importante reconocer que será también una gran oportunidad para darle un espacio a todos y todas las y los profesionales que se van a requerir para el funcionamiento del comedor, es importante también mencionar que el mismo, le abrirá la puerta a muchas personas que se encuentren sin laborar y estos puedan ofrecer todo su amor, empeño y esfuerzo por hacer un bien para el grupo etario infantil.

Las cuestiones relevantes del diseño de esta propuesta es que denota ser un proyecto sumamente ambicioso, pero debemos de considerar que hoy en día, los niños y niñas necesitan de todos los recursos tanto económicos como personales, para poder lograr el cumplimiento de los objetivos, por otro lado, es importante lograr que se aplique la concienciación y la sensibilización hacia la importancia de cuidar, proteger y velar por los derechos de los niños y las niñas, que después de haber revisado los apartados anteriores, continuamos con un regazo considerablemente alarmante si echamos un vistazo a las cifras que se revisaron en el capítulo dos sabremos a qué nos enfrentamos en un futuro próximo, deben de estimarse las acciones y quehaceres que deben de aplicarse de forma inmediata, para erradicar la transgresión de los derechos de los niños y niñas del país considerando como relevante la alimentación infantil por tratarse de este caso.

Para finalizar se invita al lector a profundizar y a retomar esta investigación dada su importancia para el futuro de las niñas y los niños, al mismo tiempo se les invita a retomar como eje de partida esta investigación, retomando las cuestiones demostradas anteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alonso, V. (1996). Chimalhuacán Atenco. (Ayer y hoy). México. (p.149).
- Álvarez, A. (2005). Jurisprudencia Sala Constitucional. Caracas. Ediciones Homero. Tomo II (p. 21).
- Álvarez, E. (2009a). Los derechos humanos en México. Nostra (pp.17-21).
- Álvarez, E. (2009b). Los derechos humanos en México. Nostra (pp.17-21).
- Álvarez, E. (2009c). Clasificación de los derechos humanos. Nostra (pp.1721)
- Amuchástegui, J. G. (2002, 1 enero). Las teorías de los derechos humanos | González Amuchástegui | Revista de Administración Pública (pp. 1-251) <https://revistascolaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/revadministracionpublica/article/view/19121/17226>. Recuperado 16 de abril de 2022, de <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracionpublica/article/view/19121/17226>
- Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. Jossey-Bass Publishers. San Francisco. Washington. London (p.6).
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad. Cuadernos de salud pública volumen 8 (p. 257)
- Asale, R. (2021). desigualdad | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario (p.1) Recuperado 17 de enero de 2022, de <https://dle.rae.es/desigualdad>
- Asale, R. (2021). pobreza | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario (p.1) Recuperado 30 de marzo de 2022, de <https://dle.rae.es/pobreza>
- Asale, R. (2021). emaciación | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario (p.1) Recuperado 18 de noviembre de 2022, de <https://dle.rae.es/emanciacion>
- Atienza, M. (s. f.). MARX Y LOS DERECHOS HUMANOS (pp. 13-14) <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/marx-y-los-derechos-humanos.pdf> Recuperado 16 de abril de 2022, de

<http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/marx-y-losderechos-humanos.pdf>

- Ávila, D, Martínez, E. (2010). Situación actual de los alimentos en México: Observatorio de la Economía Latinoamericana (p. 127)
- Alexandratos, N. (1995). Agricultura mundial hacia el año 2010: Estudio de la FAO. Madrid. Mundial prensa (p. 30)
- Barriguete, A. (2017a). Para entender la alimentación: La explosiva evolución de los alimentos. México. Nostra (p. 25)
- Barriguete, A. (2017b). Para entender la alimentación: La explosiva evolución de los alimentos. México. Nostra (p. 28)
- Barriguete, A. (2017c). Para entender la alimentación: Transición nutricional, demografía y epidemiología. México. Nostra (p. 32)
- Barriguete, A. (2017d). Para entender la alimentación: Dieta. México. Nostra (p. 39)
- Barriguete, A. (2017e). Para entender la alimentación: Breve historia del hombre y del hambre. México. Nostra (p. 16)
- Barriguete, A. (2017f). Para entender la alimentación: La explosiva evolución de los alimentos. México. Nostra (p. 25)
- Bermejo, C. (2012, 2 abril). Qué es la salud (p.2) Recuperado 14 de septiembre de 2022 <https://www.josecarlosbermejo.es/que-es-lasalud/#:%7E:text=Salleras%20Sanmart%C3%AD%20la%20defin%C3%ADa%20as%20as%C3%AD,el%20individuo%20y%20la%20colectividad%E2%80%9D>.
- Berrones, L & Rosales, R. (2010). Condiciones laborales y de salud de los choferes de taxi y microbús del Distrito Federal, Segunda época, año 4, México (p.39) Recuperado 10 de octubre de 2022 <https://silo.tips/download/condiciones-laborales-y-de-salud-de-los-choferes-de-taxi-y-mirobus-del-distrito>
- Bourges, H. (2002). La alimentación de los mexicanos. México. El colegio Nacional. (pp.153-155)
- Calsamiglia, A. (1999). "Estudio preliminar" en Dworkin, R., Los derechos en serio, Barcelona, Ariel (p.16)
- Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. (1917, 5 febrero). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: Artículo 4. (pp.9-11)

- diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf. Recuperado 11 de octubre de 2022, de <https://diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Carrera, B., & Mozzarella, C. (2001, abril). Vygotsky: enfoque sociocultural (pp. 41-43) <https://www.redalyc.org/pdf/356/35601309.pdf>. Recuperado 2022-03-23, de <https://www.redalyc.org/pdf/356/35601309.pdf>
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (1986). Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Ottawa (p. 1)
- Cartilla de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (2022). Cartilla de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes Quintana Roo (pp. 1-12) <https://qroo.gob.mx/sipinna/cartilla-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentesquintanaroo/#:~:text=Los%20derechos%20del%20ni%C3%B1o%20son,o%20desconocerlos%20bajo%20ninguna%20circunstancia>. Recuperado 16 de abril de 2022, de <https://qroo.gob.mx/sipinna/cartilla-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentesquintanaroo/#:~:text=Los%20derechos%20del%20ni%C3%B1o%20son,o%20desconocerlos%20bajo%20ninguna%20circunstancia>
- Catálogo de regiones 2021. (s. f.) (pp.1-3) <http://siprep.edomex.gob.mx/spp2021/doc/Catalogos/08%20Catalogo%20de%20regiones%20GEM%202021.pdf>. Recuperado 8 de marzo de 2021, de <http://siprep.edomex.gob.mx/spp2021/doc/Catalogos/08%20Catalogo%20de%20regiones%20GEM%202021.pdf>
- Chapela, M. (2007). Una definición de salud para promover la salud: seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social. México. UAM (p. 72)
- CEPAL. (2017, 13 noviembre). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe: Objetivo 1 Fin de la pobreza (pp. 15-18) Desarrollo Sostenible Recuperado 14 de noviembre de 2022 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-generaladopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- CEPAL. (2017, 13 noviembre). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe: Objetivo 2 Hambre cero

- (pp.19-22) Recuperado 14 de noviembre de 2022
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-generaladopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
- CEPAL. (2018a), La ineficiencia de la desigualdad: síntesis (LC/SES.37/4), Santiago de Chile (p.29)
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2006). Convención sobre los derechos del niño (p.10)
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>. Recuperado 16 de abril de 2022, de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2018). Derechos - Situación de los DESCA en México) (p.1)
<https://desca.cndh.org.mx/Derechos/Derechos>. Recuperado 27 de abril de 2022, de <https://desca.cndh.org.mx/Derechos/Derechos>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2018). Indicadores | Alimentación -Situación de los DESCA en México (p. 1)
<https://desca.cndh.org.mx/indicadores/Alimentacion>. Recuperado 27 de abril de 2022, de <https://desca.cndh.org.mx/indicadores/Alimentacion>
- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (2021, 1 diciembre). Incremento a los Salarios Mínimos para 2022. (p.1)
<https://www.gob.mx/conasami/articulos/incremento-a-los-salarios-minimos-para-2022?idiom=es>. Recuperado 11 de octubre de 2022, de <https://www.gob.mx/conasami/articulos/incremento-a-los-salarios-minimos-para2022?idiom=es>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL (2015). Medición pobreza medición pobreza. Líneas de bienestar mínimo y canasta básica. Anexo. Contenido y valor de la canasta alimentaria. www.coneval.gob.mx (p.1)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política y el Desarrollo. (2020a). Pobreza en México | CONEVAL.
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezalInicio.aspx>.

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política y el Desarrollo. (2020b). Pobreza en México | CONEVAL. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>.
- Comisión Nacional Forestal. (2015). Silvicultura Comunitaria. gob.mx(p. 1) <https://www.gob.mx/conafor/documentos/silvicultura-comunitaria-27813>
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM). (2011). Fundamentos teóricos de los derechos humanos (p.15) https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/material_de_capacitacion/curso/2011_Fundamentos_teoricos_dh.pdf. Recuperado 16 de abril de 2022, de https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/material_de_capacitacion/curso/2011_Fundamentos_teoricos_dh.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2014, 4 diciembre). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (pp.1-2) Recuperado 22 de abril de 2022, de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2021-01/Ley_GDNNA.pdf
- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (2021, 1 diciembre). Incremento a los Salarios Mínimos para 2022. (p.1) <https://www.gob.mx/conasami/articulos/incremento-a-los-salarios-minimos-para-2022?idiom=es>. Recuperado 11 de octubre de 2022, de <https://www.gob.mx/conasami/articulos/incremento-a-los-salarios-minimos-para-2022?idiom=es>
- CONEVAL. (2010). Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación estratégica de nutrición y abasto. México (p.1)
- CONEVAL. (2016). Pobreza Multidimensional. <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/FolletosInstitucionales/Documents/Medicion-multidimensional-de-la-pobreza-en-Mexico.pdf>. Recuperado 3 de diciembre de 2022, de <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/FolletosInstitucionales/Documents/Medicion-multidimensional-de-la-pobreza-en-Mexico.pdf>

CONEVAL. (2020a). Evolución de la Canasta Alimentaria: Evolución mensual del valor de la Línea de Pobreza Extrema por Ingresos (canasta alimentaria) * enero 2015 - diciembre 2021 Recuperado 8 de noviembre de 2022 <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>.

CONEVAL. (2021). Evolución de las Líneas de Pobreza por Ingresos: Líneas de pobreza por ingresos Recuperado 9 de noviembre de 2022 <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>

CONEVAL. (2022). Evolución de las Líneas de Pobreza por Ingresos: Contenido y valor monetario de las líneas de pobreza por ingresos (canasta alimentaria y no alimentaria) Recuperado 9 de noviembre de 2022 <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-Pobreza-por-Ingresos.aspx>

Conconi, A. y Viollaz, M., (2017). "Pobreza, desigualdad y desarrollo: discusión desde el enfoque de la capacidad", en La Era de la Perplejidad. Repensar el Mundo que conocíamos, Madrid, BBVA (p.7)

Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, políticas públicas para la salud declaración de la conferencia Recomendaciones de Adelaide. (1988). II conferencia internacional sobre promoción de la salud políticas públicas para la salud declaración de la conferencia Recomendaciones de Adelaide (pp.1-4) Recuperado 27 de abril de 2022, de https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2001, 18 octubre). de Reformas al Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Derecho a la Alimentación, Presentada por el Diputado Narciso Alberto Amador Leal, del grupo parlamentario del PRI, en la sesión del jueves 18 de octubre de 2001 (pp. 9-11) http://www.diputados.gob.mx/sia/coord/refconst_lviii/html/063.htm#:~:text=Art%C3%ADculo%20%C2%BA.%20%E2%80%A6,deber%20de%20preservar%20estos%20derechos. Recuperado 2 de junio de 2022, de

- Cortés, G. (2001). En México no todo está podrido: Las verdaderas causas de la criminalidad. México. Arte y cultura. (p. 7)
- Corredor, C. (2004). Pobreza, equidad y eficiencia social. Cuadernos PNUD. MPS Investigaciones sobre desarrollo social en Colombia. Bogotá: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNDU y Ministerio de Protección Social (p.49)
- Crovetto, M, Uauy, R. (2012). Evolución del gasto de alimentos procesados en la población del Gran Santiago en los últimos 20 años. Rev. Med. Chile (pp. 305:312)
- Definición. De. (2022). Definición de asequible. (p.1) Recuperado 19 de noviembre de 2022 <https://definicion.de/asequible/>
- Development Initiatives.(2017). Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDG (p.1)
- Español, A. C. (2020a, 17 julio). Desigualdad: ¿qué es, qué tipos existen y qué consecuencias tiene?: Desigualdad social. ACNUR (p.1)
Recuperado 29 de marzo de 2022, de https://eacnur.org/blog/que-es-desigualdadque-tipos-existen-y-que-consecuencias-tiene-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
- Español, A. C. (2020b, 17 julio). Desigualdad: ¿qué es, qué tipos existen y qué consecuencias tiene?: Desigualdad económica. ACNUR (p.1) Recuperado 29 de marzo de 2022, de https://eacnur.org/blog/que-es-desigualdadque-tipos-existen-y-que-consecuencias-tiene-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018a). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENCUESTAS. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018b). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENCUESTAS. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>
- FAO. (2012). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe, Roma (p. 1)
- FAO. (2020, julio). El Estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo: Progresos hacia las metas relativas al hambre y la inseguridad alimentaria mensajes principales (pp.3-4) Recuperado 8 de noviembre de 2022

https://www.fao.org/3/ca9692es/online/ca9692es.html#chapter-1_2.

<https://www.fao.org/3/ca9692es/online/ca9692es.html>

FAO. (2022). Indicadores Específicos: porcentaje de desnutrición infantil Recuperado 8 de noviembre de 2022 <https://www.fao.org/faostat/es/#country/138>.
<https://www.fao.org/faostat/es/>

Fernández, E. (1983). El Contractualismo Clásico (Siglos XVII Y XVIII) y los Derechos Naturales. En: Anuario de Derechos Humanos 2. Universidad Complutense de Madrid. Instituto de Derechos Humanos. Madrid (pp.60-100)

Fonseca, W. (2019, 1 octubre). Ciencias de la Salud Higashida. p. 283 https://www.academia.edu/40495104/Ciencias_de_la_Salud_Higashida (p. 283) Recuperado 18 de marzo de 2022, de https://www.academia.edu/40495104/Ciencias_de_la_Salud_Higashida

Fonseca, W. (2019e, octubre 1). Ciencias de la Salud Higashida: Nutrición y problemas de la nutrición: nutrimento (p. 206). Recuperado 18 de marzo de 2022, https://www.academia.edu/40495104/Ciencias_de_la_Salud_Higashida.

Fuentes, U. M. (2006). La experiencia mexicana en salud pública: Oportunidad y rumbo para el tercer milenio (1.a ed., Vol. 1). Fondo de Cultura Económica (p. 319)

García, M. (2010). Alimentación y salud: Una relación conflictiva, el caso de España. Salud pública México (pp. 455-460)

Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Estructura de la población por grandes grupos de edad (pp. 49-51) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>.

<https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Problema multidimensional (pp. 52-54) Recuperado el 11 de noviembre de 2022

<https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

Gobierno del Estado de México. (2018). Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023: Diagnostico: Trabajo digno y crecimiento económico (empleo) (pp.113-114) Recuperado 10 de noviembre del 2022

[https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Plan es%20y%20programas/PDEM%202017-2023%20web.pdf](https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Plan%20es%20y%20programas/PDEM%202017-2023%20web.pdf)

Gobierno del Estado de México. (2018). Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023: Diagnostico: Pobreza y hambre en el Estado de México (pp.46-49) Recuperado 10 de noviembre del 2022

[https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Plan es%20y%20programas/PDEM%202017-2023%20web.pdf](https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Plan%20es%20y%20programas/PDEM%202017-2023%20web.pdf)

Gobierno del Estado de México. (2018). Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023: Derechos Humanos y paz (p.246) Recuperado 10 de noviembre de 2022

[https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Plan es%20y%20programas/PDEM%202017-2023%20web.pdf](https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Plan%20es%20y%20programas/PDEM%202017-2023%20web.pdf)

Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Bienestar social (p. 52) Recuperado el 11 de noviembre de 2022

<https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Población total y ritmo de crecimiento (pp. 47-49) Recuperado 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>.

Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Estructura de la población por grandes grupos de edad (pp. 49-51) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>.

<https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Problema multidimensional (pp. 52-54) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>

- Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Carencias sociales (p.54) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>
- Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Desigualdad en los ingresos (p. 58) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>
- Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional III Chimalhuacán 2017-2023: Chicoloapan y Los Reyes la Paz: Percepción salarial (pp. 103-104) Recuperado el 11 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>.
- Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023: Pobreza multidimensional (p. 52) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://transparenciafiscal.edomex.gob.mx/sites/transparenciafiscal.edomex.gob.mx/files/files/pdf/marco-programatico-presupuestal/X-NEZAHUALCOYOTL.pdf>.
- Gobierno del Estado de México. (2018). Programa Regional X Nezahualcóyotl 2017-2023: Pobreza multidimensional (p. 54-55) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://transparenciafiscal.edomex.gob.mx/sites/transparenciafiscal.edomex.gob.mx/files/files/pdf/marco-programatico-presupuestal/X-NEZAHUALCOYOTL.pdf>.
- Gobierno del Estado de México. (2018c). Programa Regional XV Texcoco 2017-2023: Pobreza Multidimensional (p.52) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>
- Gobierno del Estado de México. (2018c). Programa Regional XV Texcoco: Carencias sociales (p.54) Recuperado 13 de noviembre de 2022 <https://copladem.edomex.gob.mx/regionales>
- Gobierno de México (2019). Canasta alimentaria. Recuperado 5 de febrero de 2025, de <https://www.gob.mx/agricultura/articulos/la-canasta-basica-que-es-y-para-que-sirve-189256> (p.1)

- Gobierno de México (Subsecretaría de prevención y promoción de la salud). (2022). Programa de acción específico atención a la salud de la infancia 2020-2024: Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales. México (pp.41248)
- Gonzalez. E, Barragan. E. (2012). Pobreza y política social en México y estados de la frontera norte: Análisis Económico (pp. 23-46)
- Glosario. (2020a). Definición: Pobreza
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx> (p. 1) Recuperado 30 de marzo de 2022, de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>
- Glosario. (2020b). Definición: Pobreza Alimentaria
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx> (p.1) Recuperado 30 de marzo de 2022, de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>
- Guardiola, J. (2010, octubre). La influencia de la desigualdad en la desnutrición de América Latina: una perspectiva desde la economía (p. 2)
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900006. Recuperado 30 de marzo de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900006
- Guzmán. L, Angulo. A, Garcia. D, Gómez, M. (2016a). Introducción a la promoción de la salud [impresa]. En la salud: La promoción de la salud como campo práctico. (1.^a ed., Vol. 1). UACM, México (p. 80)
- Guzmán. L, Angulo. A, García. D, Gómez. M. (2016b). Introducción a la Promoción de la Salud [Impresa]. En la salud: Diversos Significados. (1.^a ed., Vol. 1) UACM, México (p.73)
- INEGI. (2020a, 4 marzo). México en cifras.
<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>. Recuperado 11 de abril de 2022, de <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>

- INEGI. (2020b, 4 marzo). México en cifras.
<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>.
Recuperado 11 de abril de 2022, de
<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>
- INEGI. (2020c, 4 marzo). México en cifras.
<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>.
Recuperado 11 de abril de 2022, de
<https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15#collapse-Indicadores>
- INFOSIPINNA. (2019). Contexto Demográfico.
http://portales.segob.gob.mx/es/Derechos_Humanos/Contexto_Demografico.
http://portales.segob.gob.mx/es/Derechos_Humanos/Contexto_Demografico
- INEGI. (2020a). Espacio y datos de México Recuperado 14 de noviembre de 2022
<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.
- INEGI. (2020b). Espacio y datos de México: Calle Libertad Recuperado 14 de noviembre de 2022 <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.
- INEGI. (2020c). Espacio y datos de México: Avenida Venustiano Carranza Recuperado 14 de noviembre de 2022
<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.
- INEGI. (2020d). Espacio y datos de México: Prolongación Abasolo Recuperado 14 de noviembre de 2022
<https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/?app=inv>.
- Instituto Nacional de la Economía Social. (2018, 4 mayo). Acuicultura, historia y actualidad en Mexico. <https://www.gob.mx/inaes/articulos/acuicultura-historia-y-actualidad-en-mexico?idiom=es#:~:text=La%20producci%C3%B3n%20acu%C3%ADcola%20en%20M%C3%A9xico,los%20cuales%20el%2070%25%20de>. Recuperado 15 de enero de 2023, de <https://www.gob.mx/inaes/articulos/acuicultura-historia-y-actualidad-enmexico?idiom=es>
- Inmujeres. (2021). Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
<https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/derechos-de-ninas-ninosy-adolescentes> (p.1)

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2008). Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México (p.1)
- Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia (p.110)
<https://www.redalyc.org/pdf/853/85300809.pdf>. Recuperado 14 de enero de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/853/85300809.pdf>
- Macías M., A. I. (2009). La tridimensionalidad del concepto de nutrición: Su relación con la educación para la salud (p. 4) Redalyc.org. Recuperado 14 de enero de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46912242010>
- Martínez, G. G. (2022, 4 enero). La mente absorbente del niño según María Montessori (p. 1) <https://psicologiaymente.com/desarrollo/mente-absorbente-del-nino-segun-montessori>. Recuperado 14 de enero de 2022, de <https://psicologiaymente.com/desarrollo/mente-absorbente-del-nino-segunmontessori>
- Martínez, R. (2005). Hambre y desigualdad en los países andinos: La desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (pp. 10-11)
- Martin, K & Ferris, A. (2007). "Food insecurity and gender are risk factors for obesity". *Journal of Nutrition, Education and Behavior*. Vol. 39 (pp. 31-36)
- Mckeown, T. (1982). El Papel de la Medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis? Edición española. Siglo XXI Editores. México. España. Argentina. Colombia (p. 22)
- Meléndez, B. A. (2017a). La alimentación: Alimentación correcta, infancia y adolescencia.: Vol. segunda edición (2.a ed.). Nostra (p. 99)
- Meléndez, B. A. (2017b). La alimentación: Alimentación en la infancia.: Vol. segunda edición (2.a ed.). Nostra (pp. 102-106)
- Mercer, H. (1987). La medicina social en debate. Cuadernos Médicos sociales (p.5-13)
- Ministry of Public Works and Government Services. (1997), Health Promotion in Canada: a Case Study Health Canada, Canada (p.1)
- Muciño, R. (2016). La permanencia de la tradición culinaria en la transición rural-urbana. Chimalhuacan, entre el cerro y el lago: El origen y su desarrollo del cacicazgo político. UNAM (p.144)

- Muciño, R. (2016). La permanencia de la tradición culinaria en la transición rural-urbana. Chimalhuacan, entre el cerro y el lago: El cerro y el lago: su importancia alimentaria en el Chimalhuacán de antaño. UNAM (pp. 146-155)
- Muciño, R. (2016). La permanencia de la tradición culinaria en la transición rural-urbana. Chimalhuacan, entre el cerro y el lago: La nueva alimentación y la vida urbana. UNAM (pp. 178-181)
- Muñoz, V. M. (1991). Pobreza. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 36(146), 195-205. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.1991.146.51594> (referencia de las 2 referencias)
- Moreno Altamirano, L. et al. (2014). La transición alimentaria y la doble carga de malnutrición: Cambios en los patrones alimentarios de 1961 a 2009 en el contexto socioeconómico mexicano. *Arch. Latinoamérica. Nutrición* (p. 160)
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of the Canadians, documento de trabajo, Gobierno de Canadá, Ottawa (p.149)
- Laurell, A. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales* (p. 36)
- Laurell, A. (1986). La salud enfermedad como proceso social (p.1-21)
- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales: Determinantes Socioculturales en la alimentación cambios en la conducta alimentaria. México. Universidad Anáhuac (p.7)
- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales:Patrones de alimentación en México. México. Universidad Anáhuac (p.35)
- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales: Factores asociados. México. Universidad Anáhuac (p. 36)
- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales:El gradiente económico de la alimentación. México. Universidad Anáhuac (pp. 37-38)
- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales: Alimentación y cultura. México. Universidad Anáhuac (p. 120-122)

- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales: Influencia de la publicidad en los hábitos alimenticios. México. Universidad Anáhuac (p. 149-150)
- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales: El gradiente económico en la alimentación. México. Universidad Anáhuac (p. 26)
- Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure (pp. 51-67)
- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales: Alimentación y cultura. México. Universidad Anáhuac (p. 119)
- Lavielle, P & Thompson, O. (2017) La alimentación aspectos psicosociales: Aspectos psicológicos de la conducta alimentaria. México. Universidad Anáhuac (p. 154)
- Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes. (2000a, 29 mayo). Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes (p. 1) Recuperado 22 de abril de 2022, de https://www.ipn.mx/assets/files/defensoria/docs/Normatividad%20nacional/21_Leypara-laProteccion-de-los-Derechos-de-Ninas-Ninos-yAdolescentes.pdf
- Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes. (2000b, 29 mayo). Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes (p. 3) Recuperado 22 de abril de 2022, de https://www.ipn.mx/assets/files/defensoria/docs/Normatividad%20nacional/21_Leypara-laProteccion-de-los-Derechos-de-Ninas-Ninos-yAdolescentes.pdf
- López, D. (1980a). La salud desigual en México: Hacia una cultura política de la salud (p. 19)
- López, D. (1980b). La salud desigual en México: Alimentación y Nutrición (p. 42-43)
- López, D. (1980c). La salud desigual en México: ¿Cuánto vive un mexicano? (p. 46)
- López, L, Hernández, J, Ordoñez, E. (2014). Afectaciones a la salud de los taxistas de dos centros comerciales de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Universidad Veracruzana, Facultad de Estadística e Informática, México (p.39)
- López, O, Escudero, J, Carmona, D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES.Revista de medicina social (pp. 323-335)

- Lopez, O & Peña, M. (2006). Salud y sociedad: Aportaciones del pensamiento latinoamericano. Medicina social 82-Vol. 1(p. 86-87)
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (ACNUDH) (2006). Relator especial sobre el derecho a la alimentación (pp.1-10) Recuperado 10 de octubre de 2022 <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-food>
- ONU/FAO. (1996). Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma, 13-17 de noviembre (p.1) Recuperado 14 de abril de 2022 <http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.HTM>
- ONU, Consejo Económico y Social (febrero 2001). El derecho a la alimentación (p.1) Recuperado 14 de abril de 2022 http://www.observatoriopoliticasocial.org/index.php?option=com_content&view=article&id=776&Itemid=319
- ONU. (2019, 2 octubre). Objetivos de Desarrollo: Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible. (pp.11-13) Recuperado 11 de octubre de 2022, de <https://onu.org.gt/objetivos-de-desarrollo/>
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). Infancia y juventud en el mundo, en datos y gráficos. <https://www.epdata.es/datos/juventud-mundo-datosgraficos/431>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2021). Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura: Programas y proyectos (p.1) Recuperado 8 de noviembre de 2022 <https://www.fao.org/mexico/programas-y-proyectos/es/>
<https://www.fao.org/mexico/programas-y-proyectos/es/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2022). Subalimentación. 2.1.1 Hambre | (p.1) Recuperado 19 de noviembre de 2022 www.fao.org. <https://www.fao.org/sustainable-development-goals/indicators/211/es/>
- ONG Manos Unidas. (2020a, 26 junio). La pobreza en la infancia (p.1) Recuperado 30 de marzo de 2022, de <https://www.manosunidas.org/observatorio/pobreza-mundo/pobreza-infancia>

ONG Manos Unidas. (2020b, 26 junio). La pobreza en la infancia.(p. 2) Recuperado 30 de marzo de 2022, de

<https://www.manosunidas.org/observatorio/pobreza-mundo/pobreza-infancia>

Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud: Definición de Salud. Nueva York (p.1) Recuperado 14 de septiembre de 2022, de

<https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social.>

Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York (p.1) Recuperado 13 septiembre de 2022 <https://aplicaciones.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/OMS-CONST.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra (pp. 10- 12)

OMS. (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas, serie de informes técnicos 916. Consulta mixta de expertos OMS/FAO, Ginebra (p. 1)

Organización Mundial de la Salud. (2020, 13 julio). Con el aumento del hambre y la persistencia de la malnutrición, el logro del hambre cero para 2030 es dudoso, advierte un informe de las Naciones Unidas. (pp. 1-4) Recuperado 15 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/13-07-2020-as-more-gohungry-and-malnutrition-persists-achieving-zero-hunger-by-2030-in-doubt-un-reportwarns>

Organización Mundial de la Salud. (2021, 9 junio). Malnutrición: Datos y Cifras; alcance del problema. (pp.1-4) Recuperado 14 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 6 julio). Informe de las Naciones Unidas: las cifras del hambre en el mundo aumentaron hasta alcanzar los 828 millones de personas en 2021. (p.2) Recuperado 15 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/06-07-2022-un-report--global-hunger-numbersrose-to-as-many-as-828-million-in-2021>

- Organización Mundial de la Salud. (2022, 6 julio). Informe de las Naciones Unidas: las cifras del hambre en el mundo aumentaron hasta alcanzar los 828 millones de personas en 2021. (p.3) Recuperado 15 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/06-07-2022-un-report--global-hunger-numbersrose-to-as-many-as-828-million-in-2021>
- OPS. (1998). La aplicación de teorías y técnicas de las ciencias sociales a la promoción de la salud. Rev. Panam. Salud Pública/Pan. Am. J. Public Health (p. 4)
- Orozco, J. & Silva, J. (2002) Los derechos humanos de los mexicanos, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos (pp. 7-9)
- Paes de Barros, R. y otros (2009), Measuring Inequality of Opportunities in Latin América and the Caribbean, Washington, D. C., World Bank, New York, Palgrave Macmillan (p.27) [enlínea]
<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2580/468270PUB0Meas101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Papalia, D. E. (2016). Desarrollo Humano: DESARROLLO COGNOSCITIVO: Enfoque Piagetiano, el niño preoperacional. (13.a ed.). McGraw-Hill (p. 207) Recuperado 23 de marzo de 2022, de <https://booksmedicos.org/desarrollo-humanopapalia-13a-edicion/>
- Philip, H y Duncan, O. (1963). El estudio de la población. Comisión de Educación Estadística del Instituto Interamericano de Estadística. Rosario, Argentina, vol. 3 (p. 1118)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2003). Informe sobre Desarrollo Humano (p.1)
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100010 Recuperado 30 de marzo de 2022 de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100010
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2000). INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO (p.17)
https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2000_es.pdf. Recuperado 30 de marzo de 2022, de https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2000_es.pdf

- Ponte, C. (2003). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente: La salud no solo es biología. *Ciencia & Saúde coletiva*, Vol.8, No. 1. Rio de Janeiro Brasil (pp. 33-45)
- Ponte, C. (2003). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente: Misma perspectiva histórica: De Snow a Sigerist. *Ciencia & Saúde coletiva*, Vol.8, No. 1. Rio de Janeiro Brasil (pp. 188-189)
- Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. (2000, 5 junio). Quinta conferencia mundial de promoción de la salud (p.2) Recuperado 27 de abril de 2022, de https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip_lsp/5ta_conferencia.pdf
- Quintero, J. (s. f.). TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW (p.77) Recuperado 18 de marzo de 2022 http://files.franklin-yagua.webnode.com.ve/200000092-e266ae35e3/Teoria_Maslow_
- Rabossi, E. (1990). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1049162.pdf> - Google Zoeken (p.159)
<https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F1049162.pdf&oq=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F1049162.pdf&aqs=chrome..69i58j69i57.3106j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>. Recuperado 14 de abril de 2022, de <https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F1049162.pdf&oq=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F1049162.pdf&aqs=chrome..69i58j69i57.3106j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>
- Real Academia Española - RAE. (2021). Derechos Humanos. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española (p.1) Recuperado 14 de abril de 2022, de <https://dpej.rae.es/lema/derechos-humanos>
- Real Academia Española, R. A. E. (2022). Salud. <https://dle.rae.es/salud> (p.1) Recuperado 13 de septiembre de 2022, de <https://dle.rae.es/salud>
- Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001a). Promoción de la Salud (1.ª ed., Vol. 1). Editorial Médica Panamericana (pp. 22-24)

- Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001b). Promoción de la Salud (1.^a ed., Vol. 1). Editorial Médica Panamericana (pp. 22-24)
- Rivera, J. A. (2007). La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud enfermedad. En: Temas y desafíos en salud colectiva. Editores. Jarillo, E y Guinsberg, Buenos Aires, Editorial Lugar (p. 38)
- Rosa, L. (2001). Reforma sanitaria, promoción de la salud y programas de la salud de las y los adolescentes en la región, OPS (pp. 16-19)
- Rosales, R, López, C, Báez, A, Casimiro, B, Cortés, A, et al. (2021). Condiciones laborales y de salud: Estudios de caso; IV.Prácticas alimentarias y de salud: Estudio de caso de operarios de microbús de la Ciudad de México. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México (p. 37)
- Royce, E. (2008), Poverty and Power. A Structural Perspective on American Inequality, Lanham, Maryland, Rowman & Littlefield Publishers (p. 32)
- Salgado, J. (2012). Revisión de la literatura actual sobre la continuidad del cambio de conducta en relación con la actividad física. Educación y deportes (pp.6677)
- Sánchez, M., (2006). "Derechos Humanos". Constitución Códigos Leyes Reglamentos Convenios Venezolana. Editorial Buchivacoa. Caracas – Venezuela (p.19)
- San Martín, H. (1985). Crisis mundial de la Salud. Problemas actuales de planificación, organización y gestión de los servicios de salud, 2^{ed.}, Madrid, Ciencia (pp. 106-107)
- Save the Children Mx. (2022, 13 octubre). Estado de la nutrición infantil en México: Sobre la Desnutrición Infantil. (p.2). Recuperado 14 de octubre de 2022, de <https://www.savethechildren.mx/nutricion-infantil-en-mexico/>
- Secretaria de salud. (2020, 17 agosto). Programa sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024: Estrategia prioritaria 5.4 | Análisis del estado actual. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0. Recuperado 4 de enero de 2023, de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
- Sen, A.(1981). Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation. Oxford. Clarendon Press (p. 1)

- Troya, E. (2022). Chimalhuacán: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública: Pirámide poblacional total de Chimalhuacán 2020. Data México. (p.6) Recuperado 11 de octubre de 2022, de <https://datamexico.org/es/profile/geo/chimalhuacan>
- Troya, E. (2022). Chimalhuacán: Economía, empleo, equidad, calidad de vida, educación, salud y seguridad pública: Salarios y población ocupada. Data México. (p.12) Recuperado 11 de octubre de 2022, de <https://datamexico.org/es/profile/geo/chimalhuacan>
- UNICEF. (2012, 12 junio). Convención sobre los Derechos del Niño Recuperado (p. 5) 5 de junio de 2022, de <https://www.unicef.org/lac/informes/convencion-sobre-los-derechos-del-nino>
- UNICEF México. (2019, 15 octubre). La mala alimentación está perjudicando la salud de la infancia mundialmente.(p.1) <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/la-mala-alimentaci%C3%B3n-est%C3%A1-perjudicando-la-salud-de-la-infancia-mundialmente#:~:text=CIUDAD%20DE%20M%C3%89XICO%2C%2015%20de,nuevo%20informe%20El%20Estado%20Mundial>. Recuperado 11 de octubre de 2022, de <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/la-mala-alimentaci%C3%B3n-est%C3%A1-perjudicando-la-salud-de-la-infancia-mundialmente>
- UNICEF. (2019, octubre). El estado mundial de la infancia 2019, niños, alimento y nutrición, crecer bien en un mundo en transformación: Lograr que los sistemas alimentarios beneficien a los niños (p.17) Recuperado 7 de noviembre de 2022 <https://www.unicef.org/mexico/media/2436/file/Resumen%20ejecutivo%20espa%C3%B1ol.pdf>. <https://www.unicef.org/mexico/media/2436/file/Resumen%20ejecutivo%20espa%C3%B1ol.pdf>
- UNICEF. (2021). Investigaçã sobre Alimentação Infantil: fracassamos?: La crisis de la alimentación de los niños pequeños. (pp.4-7) <https://es.slideshare.net/Marcusrenato/investigao-sobre-alimentao-infantil-fracassamos>. Recuperado 11 de octubre de 2022, de

<https://es.slideshare.net/Marcusrenato/investigao-sobre-alimentao-infantilfracassamos>

Universidad Nacional Autónoma de México. (s. f.). La pobreza: Concepto.

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2974/4.pdf> (p.14)

Recuperado 30 de marzo de 2022, de

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2974/4.pdf>

Vicente, P. (s. f.). INFANCIA. Etimologías de Chile - Diccionario que explica el origen de las palabras (p.1) Recuperado 21 de marzo de 2022, de

[http://etimologias.dechile.net/?infancia#:~:text=La%20palabra%20'infancia'](http://etimologias.dechile.net/?infancia#:~:text=La%20palabra%20'infancia'%20vi%20del,a%20'incapacidad%20de%20hablar')

[%20vi%20del,a%20'incapacidad%20de%20hablar'](http://etimologias.dechile.net/?infancia#:~:text=La%20palabra%20'infancia'%20vi%20del,a%20'incapacidad%20de%20hablar').

Velásquez, G. (2006, octubre). fundamentos de la alimentación saludable. books. google

(p.3) Recuperado 12 de enero de 2022, de

[https://books.google.com.mx/books?id=8eFgywpXq8EC&printsec=frontcover&](https://books.google.com.mx/books?id=8eFgywpXq8EC&printsec=frontcover&hl=es)

[hl=es &source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=f](https://books.google.com.mx/books?id=8eFgywpXq8EC&printsec=frontcover&hl=es)