

**LA CANASTA ALIMENTARIA COMO COMPONENTE FUNDAMENTAL
DEL ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL DE DESARROLLO SOCIAL PARA EL
DISTRITO FEDERAL**

M. en C. Carlos Manuel Sánchez Ramírez

Ciudad de México.

Diciembre 2012.

Índice

Introducción	1
1. El contraste conceptual entre desarrollo social y pobreza	3
1.1 Panorama general de los marcos legales de desarrollo social federal y del Distrito Federal	7
2. Seguridad alimentaria, un componente indispensable para el desarrollo social	10
2.1 La necesidad de una canasta alimentaria	13
2.2 Canasta alimentaria: Experiencias nacionales	15
2.3 Canasta alimentaria: Experiencia local	21
3. Propuesta de canasta alimentaria para el Distrito Federal	23
3.1 Antecedentes nutricionales para la elaboración de una canasta alimentaria	23
3.2 Criterios nutricionales para la elaboración de una canasta alimentaria en el DF que promueva el desarrollo de la población	25
3.3 Construcción de una propuesta global de canasta alimentaria a nivel de grupos de alimentos por grupo poblacional	29
3.4 Consideraciones finales	35
4. Una aproximación a la construcción de un índice multidimensional de desarrollo social para el Distrito Federal	36

4.1 Mediciones alternativas de pobreza y bienestar social	37
4.2 Índice multidimensional de desarrollo social para el Distrito Federal, lineamientos generales	41
Conclusiones	44
Referencias	45
Anexos	51

Índice de cuadros y anexos

Cuadro 1. Propuesta global de canasta alimentaria hasta grupos de alimentos	32
Anexo A. Ecuaciones de estimación de requerimiento energético	51
Anexo B. Recomendaciones de ingesta diaria para proteína, carbohidratos y minerales	52
Anexo C. Recomendaciones de ingesta diaria para lípidos/grasas totales y ácidos grasos	52
Anexo D. Tabla de recomendaciones de ingesta diaria de vitaminas	53
Anexo E. Tabla de recomendaciones de ingesta diaria de aminoácidos esenciales	53

Introducción

En el presente documento se exploran los elementos conceptuales de pobreza, desarrollo social y seguridad alimentaria, y se abordan las experiencias nacionales y locales en la aplicación de política pública de estos temas, con el fin de contar con un marco conceptual amplio para la construcción de un índice multidimensional de desarrollo social para el Distrito Federal, integrando la elaboración de una canasta alimentaria como un componente indispensable para el desarrollo social.

En un primer momento se plantea un contraste conceptual entre desarrollo social y pobreza desarrollados por académicos, investigadores y organismos internacionales. Se distingue el concepto de pobreza como más acotado y limitado en su alcance. Mientras tanto, en la conceptualización de desarrollo social existe un debate amplio en cuanto a su alcance. A partir de esta discusión se plantea el desarrollo social para el Distrito Federal (D.F) desde una perspectiva amplia, integral y corresponsable entre sus habitantes y el gobierno de la Ciudad de México.

En un segundo momento se aborda de forma particular el concepto de seguridad alimentaria y sus alcances. Desde nuestra perspectiva este elemento es un elemento fundamental entre las condiciones básicas de primer orden, indispensable para aspirar a un desarrollo superior vinculado con la capacidad para aprovechar el conocimiento y la educación de orden superior, la asimilación de nuevas tecnologías, la conciencia del entorno ambiental así como la cohesión social y la solución creativa de problemas comunitarios.

De la lógica anterior, se desprende la necesidad de la acción institucional de gobierno como medio facilitador y determinante entre el desarrollo primario y básico y el desarrollo superior o de tercer orden. De aquí la necesidad de avanzar en la definición y construcción de una canasta alimentaria para el D.F, no

únicamente como herramienta de combate a la pobreza y a la desigualdad social sino como un instrumento catalizador del desarrollo social en una amplia perspectiva en la que se distingue la ciudad de México de otras entidades federativas a nivel nacional.

En este marco, se hace un recuento de tres canastas alimentarias elaboradas a nivel federal por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), el Instituto Nacional de Estadística y Geografía junto con la Comisión Económica para América Latina (INEGI-CEPAL) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). A nivel local se retoma la Canasta Normativa Alimentaria para el DF, desarrollada en 2011 por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social (EVALÚA DF) en el marco del Proyecto de Medición de la Pobreza y la Desigualdad en el Distrito Federal.

Desde nuestro enfoque, dadas las condiciones económico-sociales de México, como país en vías de desarrollo en un contexto internacional de crisis, y de la ciudad de México como centro de instrumentación de un conjunto de políticas sociales que plantean una alternativa a la vía de desarrollo implementada a escala federal, la corresponsabilidad de la esfera institucional del gobierno del Distrito Federal para impulsar el desarrollo social juega un papel fundamental.

Es a partir de la premisa anterior, en la que el Estado ejerce un papel activo e innovador para el desarrollo, que se diseña la presente propuesta de medición del desarrollo social en lo general y se propone la construcción de una canasta alimentaria en lo particular, que signifique un salto de calidad en la concepción de su función de combate a la pobreza y se le dimensione como un elemento necesario pero no suficiente, a partir del cual es posible avanzar hacia estadios de desarrollo de orden superior.

1. El contraste conceptual entre desarrollo social y pobreza

El desarrollo social se ha convertido en uno de los conceptos y metas rectores de las discusiones sobre la condición social de la población de los países ricos y pobres por igual. Desde finales del siglo XX a la fecha, el tema ha cobrado creciente fuerza tanto en el mundo desarrollado como en vías de desarrollo, en parte por la permanente presencia de la presión social ante las desigualdades económicas, además de la influencia que han ejercido organismos internacionales como las Naciones Unidas (a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), así como comunidades más amplias en vías de consolidación económica y político-social como la Unión Europea y más recientemente la Unasur. (Townsend, 2003)

Así, dada la variedad de actores políticos, sociales e institucionales, la definición exacta de “desarrollo” se torna compleja. Reconociendo este hecho, Carrillo (2002) propone que “la idea central que predomina en los intentos de definirlo podría expresarse si se le considerara como un proceso mediante (y durante) el cual se mejora la calidad de vida de la sociedad, es decir, como un mejoramiento en el bienestar social”. (p.180) Y continúa: “si se acepta esta definición de desarrollo social y la validez de una separación (con fines analíticos) de los fenómenos sociales, se desprende que el desarrollo social incluye tanto al desarrollo económico como al político y al cultural de la sociedad, y por lo tanto su campo es más amplio de lo que usualmente se supone”. (p. 181)

Se asume entonces que “el desarrollo social implica un mejoramiento en todos los aspectos de la sociedad; representa el bienestar general de la sociedad”. (Carrillo, 2002, p. 205) Esta posición implica nuevos retos, ya que “para evaluar el desarrollo social así definido, sería necesario entonces que el criterio de evaluación estuviera basado en los principios de una ciencia social unificada, y no en principios parciales como son los de la economía, la antropología, la historia, las ciencias políticas, la psicología, la geografía, y la ecología.

Desafortunadamente, en la actualidad no se cuenta con una ciencia social unificada, y es por ello que los científicos sociales estudian el desarrollo social en forma fraccionada”. (Carrillo, 2002, p. 205)

Desde esta óptica fragmentada que señala Carrillo, y principalmente desde la perspectiva conceptual de la pobreza, no del desarrollo social, durante el siglo XX se elaboraron, tanto en el Reino Unido como en los Estados Unidos, ideas alternativas como las de *subsistencia*¹, *necesidades básicas*² y *privación relativa*³ con el fin de avanzar en la definición de un conjunto de criterios más amplios para establecer los márgenes de “las necesidades mínimas de los residentes en las instituciones y de los pobres físicamente aptos que vivían fuera de ellas”. (Townsend, 2003, p. 446)

Parte de la corriente dominante y guía internacional para la elaboración de las políticas locales de desarrollo social, a las que se añaden alcances determinados por cada Estado, son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fijados en el

¹ Townsend (2003) menciona que se consideraba que una familia era pobre si su ingreso menos la renta caía por debajo de la línea de pobreza. Aunque en esta se consideraba una parte del ingreso para ropa, combustible y algunos artículos, esta parte era muy pequeña, y la comida representaba la porción más importante de la subsistencia.

² Con base en la Oficina Internacional del Trabajo, Townsend (2003) señala que la formulación de las necesidades básicas incluían dos elementos: Primero, abarcan los requerimientos mínimos de consumo privado de una familia: alimentación, techo y vestido adecuados, así como cierto mobiliario y equipo doméstico. Segundo, incluyen servicios esenciales provistos por y para la comunidad, como agua potable, servicios sanitarios, transporte público, servicios de atención a la salud, educación e instalaciones y centros culturales. El concepto de necesidades básicas debe situarse en el contexto del desarrollo económico y social de una nación. Por ningún motivo ha de limitarse sólo al mínimo necesario para subsistir; debe situarse en un marco de independencia nacional, de la dignidad de los individuos y de los pueblos.

³ Townsend (2003) explica que no se trata simplemente de un cambio hacia un conjunto más vasto de indicadores de la privación material y social, sino también hacia una relación cambiante entre la privación y el ingreso en el curso del tiempo y a través de las comunidades que ocupan diferentes territorios.

año 2000 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como metas para los 189 países signatarios. Entre ellos, nuevamente destacan los relacionados con la necesidad de disminuir la pobreza extrema y reducir el porcentaje de la población mundial que sufre hambre y desnutrición, metas que debían cumplirse para el año 2015.

Según la ONU (2010) en su *Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, se pretende abarcar las “necesidades humanas y los derechos básicos que todos los individuos del planeta deberían poder disfrutar: ausencia de hambre y pobreza extrema; educación de buena calidad, empleo productivo y decente, buena salud y vivienda; el derecho de las mujeres a dar a luz sin correr peligro de muerte; un mundo en el que la sostenibilidad del medio ambiente sea una prioridad y en el que tanto mujeres como hombres vivan en igualdad”, a partir de metas concretas, homogéneas, medibles y evaluables para cada país.

Sin embargo, la debilidad de las Metas del Milenio se encuentra en sus definiciones y alcances, pues no abarca una noción amplia de desarrollo social sino que se concentra en el combate a la pobreza y ésta, definida a partir del criterio del Banco Mundial, está representada por ingresos diarios por persona menores a un dólar.

En contraposición a las anteriores definiciones, Boltvinik (2008) afirma que “el principio de la dignidad humana como criterio central para definir los umbrales que identifican la pobreza, se deriva de una concepción amplia del ser humano y de sus potencialidades, y de los derechos económicos, sociales y culturales. Se contrapone a las tendencias minimalistas impulsadas por el Banco Mundial”.

En el mismo sentido, la ONU (1995) en la Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social emitida por el Cónclave Mundial para el Desarrollo Social, reconoce “la importancia del desarrollo social y el bienestar humano para todos y da a estos objetivos, la más alta prioridad tanto ahora como en el siglo XXI”.

La Declaración reconoce “la necesidad urgente de resolver graves problemas sociales, especialmente la pobreza, el desempleo y la marginación social, que afectan a todos los países. Nuestra tarea consiste en atacar las causas subyacentes y estructurales y sus penosas consecuencias, a fin de reducir la incertidumbre y la inseguridad en la vida de los seres humanos” (ONU, 1995).

La Declaración extiende los límites de la acción de las agencias internacionales y de los gobiernos nacionales más allá del combate a la pobreza, ampliando el concepto de desarrollo social y comprometiendo a las partes firmantes a atender las necesidades “materiales y espirituales de las personas, sus familias y las comunidades en las que viven” (ONU, 1995).

El desarrollo social así entendido tendría que ver con el proceso de construcción y goce de derechos exigibles, el más importante, el derecho a la existencia y por lo tanto, el derecho de las personas a ser ciudadanos libres, a tener cubiertas sus necesidades y poseer un entorno seguro en el cual desarrollar su potencial. En última instancia, el principal instrumento de política pública para reducir la pobreza y promover el desarrollo social es la política económica, asociada a la política social.

Tomando en cuenta las definiciones anteriores como punto de partida y en una clara idea de avanzar en el marco conceptual del desarrollo social para el Distrito Federal, superando las definiciones ancladas a la sola desigualdad en el ingreso y otros factores, *se concibe el desarrollo como un estadio social mucho más amplio y complejo, derivado del innegable carácter social del individuo, así como de su capacidad y necesidad de reafirmación y superación en la comunidad y para sí mismo, situación que involucra una serie de planos ascendentes de orden físico, económico, social, cultural, científico, ambiental e institucional, a partir de los cuales el desarrollo social existe en mayor o menor grado, permanece en el tiempo y evoluciona creativamente.*

1.1 Panorama general de los marcos legales de desarrollo social federal y del Distrito Federal

El Estado mexicano ha asumido por medio de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el compromiso de garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales, para asegurar el acceso a mejores oportunidades de desarrollo. A pesar de ello, la pobreza y el rezago social persiste en nuestro país como fenómenos cuasi-endémicos, agravados por una creciente inequidad en la distribución del ingreso y por las crisis económicas recurrentes que ha atravesado el país.

El seguimiento de las políticas de Desarrollo Social impulsadas por el Gobierno del Distrito Federal (GDF) cobran interés por cuanto han ido, en cierta medida, a contracorriente tanto de aquéllas impulsadas por el Gobierno Federal en los últimos cuatro sexenios, así como de las mediciones de la pobreza generadas en el ámbito Federal y aún por instituciones internacionales como la CEPAL.

Uno de los instrumentos más importantes de política de desarrollo social, que sirve al mismo tiempo como indicador económico, es la Canasta Alimentaria. Partimos de la idea de que la construcción de una Canasta Alimentaria para el DF debe estar en consonancia con el concepto de desarrollo social que ha construido el Gobierno del Distrito Federal mediante diversas políticas y programas de desarrollo. Idealmente, debería ser acorde también con la política económica, pero ésta se mantiene fuera del alcance de los gobiernos locales.

Aún así, la contribución que éstos pueden hacer desde el ámbito de las políticas de desarrollo social para mejorar la calidad de vida de la población y mantener la cohesión social, no es despreciable y constituye uno de los logros más visibles de los gobiernos de izquierda en la Capital.

En términos de las leyes que orientan las políticas de desarrollo social, la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) aprobada en el Congreso de la Unión, y promulgada el 21 de enero de 2004, tiene como objetivos garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales, asegurando el acceso al desarrollo social, así como el impulso económico que eleve el ingreso de la población y contribuya a disminuir la pobreza. Este ordenamiento jurídico es aplicado para los tres órdenes de gobierno.

La Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal (LDSDF) aprobada en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y publicada el 23 de mayo del 2000, es la reglamentación que orienta y precisa las acciones públicas tendientes a revertir la realidad de la pobreza.

Ambos ordenamientos contienen elementos reguladores de las políticas públicas de carácter compensatorio, que promueven la inversión privada e impulsan la dinámica autogestiva o de participación y corresponsabilidad social.

Sin embargo, de acuerdo con la propia Secretaría de Desarrollo Social del DF (2006), la política social en la capital se ha encaminado a “combatir toda forma de exclusión, desigualdad, inequidad y discriminación”, avanzando más allá de la lógica asistencialista, con un enfoque que amplía la atención hacia el conjunto de la población, combatiendo la inequidad e impulsando la reconstrucción del tejido social.

“A partir de 1995 las políticas sociales se han caracterizado por privilegiar la focalización y por haber profundizado su desarticulación con la política económica” (SDS, 2006). Lo anterior, en sintonía con las directrices neoliberales que a nivel global han promovido la reducción de la intervención del Estado y la ampliación de la capacidad de los mercados para desarrollar sus actividades, en contraposición con las políticas del llamado *Estado de bienestar* de la primera mitad del siglo XX.

Así, en las últimas dos décadas en nuestro país, las políticas federales de desarrollo social (y podría decirse, más bien, de combate a la pobreza), se han centrado en acciones focalizadas dirigidas a la población clasificada en pobreza extrema, haciendo a un lado o disminuyendo el presupuesto y la variedad de apoyos para otras “categorías” de pobreza, además “se redujeron a su mínima expresión las políticas de fomento productivo vinculadas al combate a la pobreza.” (SDS-GDF 2006)

Las políticas federales se enfocaron, desde la década de los años sesenta, en aliviar la precaria situación de las poblaciones rurales. Sin embargo, actualmente México es un país urbano, con 70 por ciento de su población concentrada en zonas urbanas. Esto no quiere decir que la pobreza se ha eliminado del campo ni mucho menos, pero la pobreza urbana es un fenómeno que debe ser atendido en forma específica.

El Gobierno del Distrito Federal ha impulsado una serie de políticas y programas sociales que parten de tres principios plasmados en la Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal (LDSDF) aprobada por la Asamblea Legislativa: integralidad, participación y exigibilidad de derechos.

El enfoque se centra entonces en el cumplimiento de los derechos y la construcción de ciudadanía, entendida ésta como “...el conjunto de derechos y obligaciones que permiten a los miembros de una sociedad compartir en forma equitativa los estándares básicos de vida... [al proporcionar] a los individuos autonomía en el ejercicio de sus derechos políticos y... el aseguramiento de sus derechos civiles” (SDS, 1999).

El enfoque de bienestar social cuyo objetivo primordial es identificar las dimensiones que limitan la libertad de las personas para desarrollarse plenamente, supone el cumplimiento de un conjunto de derechos y una base material que permiten a cada persona desarrollar el conjunto de capacidades que definen el

abanico de opciones de vida que puede elegir. Si estas opciones no les permiten tener condiciones de vida aceptables dentro de su sociedad, se considera que el individuo es pobre.

Esta perspectiva es más aproximada a la concepción de desarrollo social que se impulsa en este trabajo, pues permite disponer de una aproximación más sólida al problema de la medición de la pobreza. El enfoque de derechos brinda una respuesta para determinar las dimensiones a considerar para una medición avanzada del desarrollo social desde una perspectiva integral y corresponsable entre la sociedad y el Estado.

2. Seguridad alimentaria, un componente indispensable para el desarrollo social

De acuerdo con la Declaración de Roma generada durante la Cumbre Mundial sobre la Alimentación organizada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 1996), la seguridad alimentaria está presente “cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana”.

A nivel de los individuos la seguridad alimentaria comprende la ingesta y absorción de nutrientes que cubran las necesidades de salud, crecimiento y desarrollo en cada etapa de la vida. Es un estado asociado a conceptos de estabilidad, seguridad, suficiencia y variedad de los alimentos. Se encuentra estrechamente vinculado con el acceso a la alimentación y se considera un elemento para construir indicadores de pobreza y desarrollo.

Una definición más amplia que logra vincular el concepto de seguridad alimentaria como un componente fundamental del desarrollo social, la proporciona el Instituto

Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA), perteneciente a la Organización de los Estados Americanos (OEA), al hablar de la seguridad alimentaria como “la existencia de condiciones que posibilitan a los seres humanos tener acceso físico, económico y de manera socialmente aceptable a una dieta segura, nutritiva y acorde con sus preferencias culturales, que les permita satisfacer sus necesidades alimentarias y vivir de una manera productiva y saludable”.

A escala familiar, es la capacidad del grupo familiar para obtener los alimentos suficientes para cubrir sus necesidades nutricionales, mientras que el acceso a los alimentos está influido por los precios, la capacidad de almacenamiento, la disponibilidad de alimentos en el mercado, entre otras condiciones.

De acuerdo con la ONU (1990) a través de la Organización Mundial de la Salud, “un hogar tiene seguridad alimentaria cuando tiene acceso a la alimentación requerida para una vida saludable para todos sus miembros (adecuada en términos de calidad, cantidad y aceptable culturalmente) y cuando no está en riesgo de perder dicho acceso”.

A nivel de una nación, la seguridad alimentaria está determinada por condiciones económicas, políticas y sociales, y se refiere a la suficiencia nacional de alimentos para cubrir las necesidades de la población, asumiendo igualdad de acceso para todas las regiones o clases sociales. Así, la incapacidad de los individuos y/o comunidades para acceder a una alimentación adecuada (de acuerdo con las definiciones anteriores) constituye una grave violación a los derechos humanos elementales de dichas poblaciones o individuos.

Aunque en las últimas dos décadas y de acuerdo con la FAO (2012), América Latina y el Caribe han disminuido el número de habitantes que padecen desnutrición en 16 millones de personas aunque el hambre aún afecta a 49 millones de individuos.

En relación con las Metas del Milenio para el caso de México, el CONEVAL (2010) reporta que “los avances ya han logrado alcanzar las metas comprometidas respecto a la reducción del porcentaje de personas con ingresos per cápita inferiores a un dólar diario (de 10.8% en 1989 pasó a 3.5% en 2005) y a la prevalencia de bajo peso en menores de cinco años (que pasó de 14.2% en 1988 a 5.0% en 2006). Sin embargo, las metas adicionales que se fijó México en cuanto a la reducción de la proporción de población en pobreza alimentaria (que afecta a 18.2% de la población en 2008) a 15.75%, y la proporción de la población por debajo del nivel mínimo de proteínas (que afecta a 2.1% de la población) a 1.2% todavía no se alcanzan”.

Junto con el panorama de inseguridad alimentaria de la población del país, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2010) en su informe *La obesidad y la economía de la prevención*, indica un incremento vertiginoso en la proporción de personas obesas, muchas de ellas también desnutridas, 30% de la población tiene obesidad y 70% sobrepeso, con el consecuente riesgo de padecer diabetes, diversos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (2006), dependiente de la Secretaría de Salud, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, casi medio millón de niños menores de cinco años se clasificaron con bajo peso (5%); 1 millón 194 mil 805 con desnutrición aguda (baja talla, 12.7%), y alrededor de 153 mil niños con bajo peso para la talla (emaciados, 1.6%) en todo el país, y entre 20% y 30% de los infantes en edad escolar tienen obesidad. Los pueblos originarios continúan teniendo las peores condiciones en el conjunto de la población, pues la baja talla en menores de 5 años alcanza a 33.2% de la población indígena.

El acceso de las personas a los recursos suficientes para adquirir alimentos apropiados y una alimentación nutritiva es otro de los componentes de la

seguridad alimentaria, uno estrechamente relacionado tanto con la disponibilidad de alimentos como con la capacidad económica (para producir y/o comprar alimentos) de los individuos y las comunidades.

Por lo anterior, la incapacidad para adquirir alimentos se ha interpretado como el principal indicador de pobreza extrema, asociada con bajos ingresos. Sin embargo, la seguridad nutricional también depende de factores no alimentarios como la salud, las prácticas sociales y culturales y la higiene. Por lo anterior, la seguridad alimentaria es una pero no la única condición para alcanzar un desarrollo social desde una perspectiva integral.

2.1 La necesidad de una canasta alimentaria

Tradicionalmente la canasta alimentaria ha sido un instrumento utilizado para establecer el umbral de la satisfacción de la necesidad más esencial del ser humano: la alimentación. Théodore (2010) define la canasta alimentaria en términos de un conjunto suficiente de alimentos que debe consumir una persona o conjunto de personas, (generalmente en hogares o familias), miembros de una determinada población de referencia, para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Desde la década de los sesenta del siglo XIX, la seguridad alimentaria empezó a formar parte importante de la estrategia política de las grandes potencias, lo que estimuló el desarrollo de la investigación nutricional. En los primeros años de esa década, en medio de grandes tensiones sociales provocada por las miserables condiciones de vida de la clase obrera, el British Privy Council encomendó a Edward Smith la realización de encuestas alimentarias y de investigaciones destinadas a establecer el tipo de dieta que pudiera mantener la salud de los trabajadores al menor costo posible. Smith propuso en 1872 que la dieta diaria de los trabajadores debería contener alrededor de 278 gr de carbono y 13 gr de nitrógeno, equivalente a 3 mil kcal y 81 gr de proteína. Los años siguientes vieron

surgir diferentes propuestas para definir dietas adecuadas para cubrir los requerimientos de diferentes grupos de población en diversas circunstancias.

Conforme se fue ampliando el conocimiento acerca de los requerimientos nutricionales, el término mantener la salud evolucionó en función de evitar la manifestación clínica de deficiencias nutricionales, inicialmente de calorías y proteínas, y, a medida que se identificaban, a partir de la segunda década del siglo XX, de las vitaminas y minerales necesarios.

A inicios del siglo XX Rowntree en Inglaterra sugirió la conveniencia de utilizar una canasta alimentaria, a partir de los requerimientos de energía y calorías de los trabajadores, como criterio central para la medición de la incidencia de pobreza. De entonces a la fecha, la formulación de canastas alimentarias adecuadas a diversas condiciones históricas y grupos sociales ha sido la base para la medición de la pobreza, en el marco de una canasta de satisfactores de otras necesidades esenciales (salud, vivienda, educación, vestido) (Théodore, 2010).

Se asume que la satisfacción de las necesidades nutricionales de orden fisiológico, traducido en la capacidad de acceder a un consumo alimentario suficiente, constituye la base para poder satisfacer otras necesidades; su carencia impone un límite absoluto a la posibilidad de mantener una buena salud y participar provechosamente en procesos educativos. En este sentido, y de manera limitada, se ha considerado a la imposibilidad económica de satisfacer el mínimo de las necesidades alimentarias como la condición determinante de la situación de pobreza absoluta.

El costo de la canasta alimentaria puede ser comparado con el nivel de ingreso, monetario y no monetario, de diversos grupos sociales, y en función de éste establecer un estimador del grado de pobreza para dichos grupos. El ingreso necesario para adquirir la canasta básica alimentaria constituye el nivel o línea de pobreza absoluta, la cual permite también estimar el costo de la canasta básica total como el resultante de la multiplicación de la canasta básica alimentaria por la

inversa del coeficiente de Engel (relación entre el gasto en alimentos respecto al gasto total).

Así, en el modelo más burdo de construcción de una canasta básica alimentaria, sería suficiente considerar la combinación más barata de los alimentos de menor costo cuyo contenido energético (y acaso proteínico) cubra las necesidades de consumo para una familia tipo, expresada ya sea como la suma de las necesidades de cada miembro o como total de adultos equivalentes, mediante la ponderación de los individuos con requerimientos nutrimentales distintos al de un adulto promedio.

Desde nuestro punto de vista, la canasta alimentaria debe de cumplir con una serie de características que van más allá de la simple consideración de su contenido energético y proteínico, ya que éstos por si solos no pueden garantizar una condición de salud, desarrollo de capacidades y bienestar social. En la medida que la composición de la canasta toma en cuenta estos elementos podemos hablar de una canasta alimentaria como un factor crucial para acceder a un desarrollo social en su concepción más amplia.

2.2 Canasta alimentaria: Experiencias nacionales

En México, a escala nacional, se han construido tres canastas alimentarias utilizadas por el gobierno federal como parte de una canasta normativa de satisfactores esenciales, herramienta básica para la medición de la magnitud de población en condiciones de pobreza y para la planeación de la política social. La primera fue elaborada a principios de los años ochenta por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR); y la segunda por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (INEGI-CEPAL) una década después. Recientemente, en junio de 2010 el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) publicó una

tercera canasta elaborada a partir del consumo de alimentos observado en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2006.

A. Canasta COPLAMAR

Para la construcción de la canasta alimentaria de Coplamar se trabajó con información procedente de la Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares de 1975 del Centro Nacional de Información y Estadísticas del Trabajo (CENIET). Esta canasta se construyó a partir de las recomendaciones de FAO/OMS 1975 para consumo de calorías, proteínas, vitamina A, vitamina D, tiamina, niacina, riboflavina, ácido fólico, vitamina B12, ácido ascórbico, hierro y calcio, así como normas relacionadas con los requerimientos de aminoácidos esenciales (triptófano, metionina, lisina isoleucina, treonina, valina, leucina y fenilalanina).

Para determinar los estándares se consideraron las diferencias en los requerimientos nutricionales por edad, sexo y estado fisiológico (embarazo y lactancia); incluyendo además un peso hipotético para cada grupo de edad y un grado de actividad moderada. El grupo doméstico considerado para el consumo se basó en el promedio nacional de miembros de familia: 4.9, de los cuales 2.77 eran adultos, 1.66 niños de 3 a 14 años y 0.47 bebés.

El umbral adoptado fijaba un requerimiento nutricional equivalente a 2 mil 741 calorías y 80.9 gramos de proteínas para un hombre promedio nacional por día, además de un conjunto de estándares para el consumo de micronutrientes. Se establecieron además cinco condiciones que debía reunir la canasta normativa alimentaria:

- Satisfacer el estándar nutricional de la población mexicana;
- Representar los hábitos alimentarios de la población;
- Evitar el derroche de nutrientes;
- Considerar la disponibilidad de alimentos existente en el país;

- Tener un precio que la hiciera accesible a la población objetivo, garantizando la mejor cobertura nutricional, al menor precio posible.

En total se construyeron 15 dietas alternativas que satisfacían las condiciones señaladas, computadas, mediante la aplicación de algoritmos de programación lineal. Se compararon estas dietas considerando su capacidad de satisfacer los cinco criterios mencionados. La selección final se basó en dos consideraciones:

- Primero, se buscó la dieta que proporcionaba la mayor cobertura y el menor derroche de nutrientes.
- Segundo, se identificó una dieta cuyo costo se juzgó como accesible y acorde a los hábitos alimentarios de la población objetivo.

La dieta seleccionada contiene 34 productos e implica una ingesta de 2 mil 082 calorías y 35.1 gramos de proteínas por persona por día, y cubre el consumo recomendable para la mayor cantidad de micronutrientes. El costo per cápita mensual de la canasta se calculó para 1977 con base en los precios de cada uno de los alimentos incluidos en la canasta.

B. Canasta CEPAL-INEGI

En la década final del siglo pasado la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) se dio a la tarea de homologar la metodología para la determinación de las líneas de pobreza de los países de América Latina y el Caribe, con el fin de aumentar la comparabilidad de los datos para evaluar el avance hacia las metas de reducción de la pobreza como aporte para un mejor diseño, seguimiento y evaluación de las políticas sociales. Parte importante de este esfuerzo fue la estandarización de los métodos para la construcción de canastas básicas de alimentos que cumplieran en contenido con los requerimientos calóricos mínimos para asegurar la subsistencia del individuo.

Como parte de este proceso latinoamericano, INEGI y CEPAL construyeron en 1993 un conjunto de canastas alimentarias para México. Estas canastas se elaboraron a partir de la información sobre la estructura del consumo de los hogares de las Encuestas de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1984, 1989 y 1992; el indicador de bienestar de los hogares adoptado fue el ingreso ajustado a cuentas nacionales. Para la estimación de los requerimientos nutricionales se consideró los atributos de los por edad, sexo, y actividad física realizado por los individuos, de acuerdo con las recomendaciones de los grupos de expertos de organismos internacionales especializados en el tema (FAO, OMS) publicadas en 1985, sin embargo no se detallan los procedimientos para definir los requerimientos nutricionales utilizados.

Se incluyeron consideraciones sobre requerimientos adicionales para las mujeres embarazadas y lactantes; se diferenciaron además los requerimientos por zona urbana y rural. El estándar nutricional empleado establecía para las zonas urbanas un consumo mínimo de 2 mil 220 Kcal y 40 gr de proteínas por persona por día; para el caso de las zonas rurales se fijó en 2 mil 180 Kcal y 37 gr per cápita al día. Se utilizó información local para calcular el peso y talla de la población; su perfil demográfico y ocupacional se basó en la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1984. El informe INEGI-CEPAL (1993) reporta que el grupo de referencia quedó ubicado entre los percentiles 20 y 50 de la distribución de ingreso per cápita.

Para la selección del estrato de referencia se siguió el procedimiento empleado por CEPAL, en el que se define por separado un grupo para la zona rural y otro para la urbana. Se construyeron dos canastas alimentarias, una para zonas urbanas y otra para las rurales. Estas debían satisfacer estándares dietéticos definidos. Esos estándares consideran una dieta como aceptable si, en promedio, tiene al menos 10% de calorías a partir de proteínas; entre un 15% y un 25% de calorías con origen en grasas. Los cereales y legumbres no debían aportar más del 60% de las calorías, y el 35% de las proteínas debían ser de origen animal.

A partir del patrón de consumo de alimentos del grupo de referencia, se obtuvo una lista de productos, catalogados en doce subgrupos de alimentos. Para cada subgrupo, se identificaron los que representaban una proporción significativa del gasto, y el número de hogares que reportaban haber comprado el producto. Se excluyeron aquellos que tenían baja incidencia en el gasto alimentario, o bien los que eran relativamente prescindibles con base en una consideración nutricional.

También se consideró el gasto en bebidas y comidas que efectúan los miembros del hogar fuera del mismo. Para estimar la cantidad específica que debía consumirse para alcanzar la norma nutricional, se determinó la cantidad física de cada alimento, y su equivalencia en gramos por persona al día. Se fijó un precio para los mismos empleando el costo unitario interno reportado por los hogares en la encuesta para estimar el valor nutricional correspondiente a las cantidades físicas consumidas de cada producto. Las canastas fueron evaluadas con base en los estándares nutricionales y ajustadas para cubrir los requerimientos mínimos de energía y proteínas. En cuanto a la evaluación con base en los micronutrientes se observó que las dietas cumplían con los niveles mínimos fijados previamente de calorías y proteínas.

El costo de esta dieta se expresó para un individuo promedio o adulto-equivalente. La ponderación individual en función del requerimiento calórico específico para cada uno de los miembros del hogar, se utilizó para estimar el dinero requerido por el hogar específico para cubrir las necesidades nutricionales básicas de todos sus integrantes.

C. Canasta CONEVAL

La Secretaría de Desarrollo Social propuso en 2004 un proyecto de elaboración de una *Canasta Alimentaria para México*. Coincidentemente la CEPAL lanzó en 2007 un proyecto de actualización de su metodología para la medición de la pobreza en América Latina que incluye la actualización de los requerimientos calóricos y

nutrimentales con base en las nuevas recomendaciones de organismos internacionales, así como nuevos desarrollos metodológicos para la depuración de información, y la selección del estrato de referencia y los productos integrantes de la canasta alimentaria.

El 16 de junio de 2010 el CONEVAL publicó en el Diario Oficial de la Federación, como parte de los lineamientos y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza, la Canasta Alimentaria para México, la cual pretende actualizar las tres fuentes básicas para la elaboración de una canasta alimentaria de acuerdo con los lineamientos de la CEPAL: 1. Tablas de composición de alimentos; 2. Los requerimientos y recomendaciones de consumo nutrimental, y 3. Los gastos y patrones de consumos de alimentos.

La primera fuente se actualiza mediante la construcción de una tabla de aportes de calorías, las proteínas, las vitaminas A y C, y los minerales hierro y zinc, de los alimentos de la canasta a partir de la información proporcionada por especialistas del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Para establecer los requerimientos energéticos se basa en la propuesta del Comité de Expertos FAO/OMS 2004; para los requerimientos y las recomendaciones de otros nutrientes, se basa en las Recomendaciones de Ingestión de Nutrientes para la Población Mexicana.

El análisis de gasto y frecuencia de consumo de alimentos en los hogares mexicanos, a partir de la ENIGH 2006 fue el criterio para definir el contenido de la canasta. Para ello primero se obtuvieron los percentiles nacional, rural y urbano de ingreso corriente per cápita; después se calculó el coeficiente de adecuación por quintiles móviles de ingreso en los niveles entre el contenido energético de los alimentos adquiridos por las familias más una imputación de energía del consumo de alimentos fuera del hogar y la estimación del requerimiento calórico de acuerdo con la composición familiar; en tercer lugar se definió el estrato de población de referencia (EPR) con el criterio de que los hogares que lo conforman alcancen a cubrir su requerimiento energético al costo más eficiente posible, lo cual ocurre a

nivel nacional en el percentil 45, en el estrato rural en el percentil 32 y en el urbano en el percentil 41.

A partir del patrón de consumo, compra de alimentos del EPR, se establecieron los alimentos y las cantidades correspondientes. De este listado básico de alimentos se procedió a su adecuación respecto a la recomendación nutrimental y a las recomendaciones emitidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 para la orientación alimentaria. La adecuación consistió en la incorporación de productos que sin cumplir con los criterios de frecuencia de consumo y gasto, forman parte una dieta adecuada definida por la norma; y la adecuación de las cantidades de consumo de algunos productos para lograr los requerimientos y recomendaciones de ingesta. Las canastas CONEVAL están conformadas por 31 alimentos para la población rural (2 mil 254 kcal) y 35 para la urbana (2 mil 94kcal).

En su carácter de constituyentes de canastas nacionales de satisfacción de necesidades esenciales, estas propuestas de construcción de canasta normativas alimentarias han tenido una utilidad práctica para la estimación de líneas de pobreza y de la magnitud de la población en tal condición, sin embargo, en los dos primeros casos han perdido vigencia por la caducidad de los datos, parámetros y herramientas utilizadas. La canasta CONEVAL, si bien actualiza datos de composición y recomendación nutrimentales, presenta limitaciones metodológicas, y varios de los supuestos en los que se basa son cuestionables; sobre todo en el establecimiento de criterios pragmáticos para la selección de alimentos basados en el patrón de consumo observado en una población que presenta una grave y creciente epidemia de obesidad y enfermedades crónicas producto precisamente de tal patrón alimentario.

2.3 Canasta alimentaria: Experiencia local

En la ciudad de México, la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Distrito Federal aprobada en septiembre de 2009 por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) tiene como objetivo primordial el crear políticas de gobierno para lograr y mantener la seguridad alimentaria y nutricional que garantice el derecho humano a la alimentación y a la adecuada nutrición de toda la ciudadanía de manera sustentable. Se incluye la participación de los sectores público, social y privado, así como la participación del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, la Asamblea del Distrito Federal y las coordinaciones de las jefaturas de las delegaciones.

En esta ley se contempla que el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, establecerá una red de información alimentaria y nutricional que proporcionará información sistemática, actualizada, transparente y oportuna cuya planeación se concretará en un Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional cuyo diagnóstico contendrá la situación de la Ciudad de México en materia de seguridad alimentaria y nutricional.

El Programa para la Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Distrito Federal tiene por objeto contribuir a garantizar el derecho humano a la alimentación, mediante una correcta alimentación permanente. El Programa consiste en:

- I. Medidas Concretas para la Erradicación de la Desnutrición;
- II. Campañas informativas de desnutrición a la población de Distrito Federal;
- III. Áreas geográficas prioritarias del Distrito Federal;
- IV. Orientación Alimentaria;
- V. Apoyo Alimentario y de Sanidad Doméstica;
- VI. Apoyos a la Seguridad Alimentaria de la Familia;
- VII. Los demás que contribuyan al logro de los objetivos del Programa para la Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Bajo el anterior marco jurídico, durante los dos años anteriores, el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal coordinó la construcción de una Canasta Normativa Alimentaria para el Distrito Federal en el marco más amplio del Proyecto para la Medición Integral de la Pobreza y la Desigualdad en el Distrito Federal. Esta canasta considera tanto los criterios nutricionales como los hábitos, costumbres y disponibilidad alimentaria.

3. Propuesta de Canasta Alimentaria para el Distrito Federal

3.1 Antecedentes nutricionales para la elaboración de una canasta alimentaria

La dieta es un determinante del estado de salud, por lo que llevar una dieta correcta tiene efectos directos en el adecuado desarrollo y mantenimiento de todas las etapas del ciclo de vida de un individuo (WHO and FAO (World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations), 2003).

México es un país que sufre los efectos de la transición nutricional y epidemiológica. Tal como lo establece Popkin, (1994) el patrón poblacional va cambiando de altas prevalencias de desnutrición por deficiencias, con sus efectos en una alta morbilidad por enfermedades infecciosas y mortalidad prematura, a una población que ha incrementado su esperanza de vida, pero con altas prevalencias de enfermedades crónicas por una dieta caracterizada por los excesos. Esto se ha generado en el marco de la revolución industrial y avance tecnológico, procesos que han incrementado la oferta de alimentos procesados con alto contenido de grasa, sodio y carbohidratos simples a bajo costo. En estilos de vida, han implicado importantes cambios, se redujeron los empleos que implicaban la realización de actividad física y se incrementó el uso de vehículos motorizados para el transporte humano, así como el tiempo frente a una pantalla como computadora, televisión o videojuegos (Popkin, 1994).

La combinación de los factores mencionados, ha dado como resultado poblaciones con doble carga de morbilidad. Es decir, con la coexistencia de la malnutrición por deficiencia como por excesos. En la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2012 de México (ENSANUT 2102) se siguen reportando altas prevalencias de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas, tendencia que permanece desde hace más de una década. También, se reportan prevalencias importantes de anemia en menores de 5 años, mujeres y en adultos mayores (Gutierrez, 2012).

Las implicaciones de las enfermedades crónicas como sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular e hipertensión van desde las afectaciones individuales como la evidente pérdida de la salud, ausentismo laboral, discapacidad, jubilación o retiro tempranos. A nivel de hogar, se realizan afectaciones en la productividad de los familiares cercanos, pues aumenta la dependencia del individuo enfermo. En hogares con ahorros, estos se reducen pues se incrementan los gastos para la atención médica y tratamientos. Finalmente, en mayor escala se reduce el producto interno bruto *per cápita* y deriva en una economía de bajo crecimiento, aumentando la pobreza y desigualdad. Todo ello a su vez, afecta la promoción del adecuado estado de salud de la población. A dicho escenario se le conoce como la espiral de la pobreza (Abegunde, 2006).

Un factor de importancia a considerar es la fuerte relación entre desnutrición en las primeras etapas de la vida y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en la vida adulta. Se ha documentado que niños que presentaron retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y baja talla en la infancia, en su vida adulta tienen un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso, obesidad, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus e hipertensión (WHO and FAO, 2003). Lo anterior, nos lleva a fortalecer el óptimo estado de nutrición y salud de mujeres embarazadas e infantes como una estrategia de prevención de enfermedades crónicas en posteriores etapas de la vida.

3.2 Criterios nutricionales para la elaboración de una canasta alimentaria en el DF que promueva el desarrollo de la población

A. Nutrimientos y sus requerimientos

Los requerimientos energéticos y nutrimentales para mantener un adecuado estado de nutrición y salud, se encuentran ampliamente definidos por las diversas etapas del desarrollo y estado fisiológico. Las etapas de crecimiento en los niños menores de 3 años, el crecimiento lineal y el desarrollo del brote puberal en adolescentes, el embarazo y lactancia; así como la menstruación en las mujeres, son procesos que generan demandas específicas de energía y nutrimentos.

En otro contexto, debido a la transición demográfica y epidemiológica, el número de adultos mayores de 70 años se ha incrementado. Este grupo poblacional se considera como un grupo vulnerable, pues muchos de los problemas de salud que presentan tienen que ver tanto con causas fisiológicas, como con causas de contexto social o de redes de apoyo y cuidadores que afectan la calidad de su alimentación.

La propuesta de una canasta alimentaria que promueva el óptimo desarrollo de la población del DF, debe considerar el estado de salud y nutrición de sus habitantes. En los siguientes rubros, se plantean aspectos no considerados en las anteriores propuestas de canastas y que, sin lugar a dudas, juegan un papel fundamental para atender las deficiencias o excesos nutricionales que afectan a esta población.

B. Contenido de inhibidores y facilitadores de la absorción de hierro para la prevención de anemia

La deficiencia de hierro y la anemia causada por esta deficiencia, tienen importantes efectos como, daño cognitivo, mostrándose en menores habilidades

de lenguaje, motoras y de coordinación. Lo anterior, se traduce en menor desempeño escolar, en niños y en menor capacidad laboral e ingresos en adultos. En mujeres, la anemia y deficiencia de hierro se asocia con mortalidad materna, pérdida del embarazo y partos prematuros (World Health Organization, 2001).

Además de la ingestión de pobres cantidades de hierro, otra de las causas de la anemia y la deficiencia de este mineral se debe a que en muchos casos, la composición de la dieta aporta hierro de baja biodisponibilidad (Rodríguez S, 2007), lo anterior significa que aunque la ingesta de hierro cumpla con las recomendaciones, este no será utilizado por el cuerpo debido a una baja absorción. La presencia en la dieta de sustancias como fitatos, o polifenoles tiene efectos inhibidores de la absorción del hierro por el cuerpo. Estas sustancias, se encuentran en el maíz y té, respectivamente. Por otro lado, el consumo simultáneo de sustancias como vitamina C, o la ingesta de pescado, aves y carnes rojas actúan favoreciendo la absorción del hierro tipo no-heme (Lönnerdal, 1989).

Por lo anterior y debido a las importantes inadecuaciones en la ingesta de hierro y prevalencias de anemia en la población del Distrito Federal, es necesario se estime el contenido de estas sustancias en los alimentos incluidos en la canasta normativa alimentaria. Con esto, se podrá contar con un indicador aproximado de la biodisponibilidad de hierro, y permitirá establecer estrategias para adecuar los alimentos o sus proporciones para incrementar el hierro biodisponible.

C. Contenido de sodio

Si bien, la tensión arterial elevada o hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial, uno de los factores asociados con el riesgo de padecerla es el consumo elevado de sodio (Institute of Medicine, 2005). La hipertensión es un padecimiento que ocasiona enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y accidentes cerebro vasculares (Chobanian, 2003). Este padecimiento tiene

importantes efectos en el ingreso familiar y calidad de vida debido a las consultas médicas, costo del tratamiento y a la discapacidad o muerte que causa.

Por lo anterior y debido a la importante prevalencia de hipertensión detectada en la población adulta del DF (19%), es necesario que la CNA no sobrepase el requerimiento de sodio y se incluyan solo aquellos alimentos procesados de alta calidad nutricional, ya que se ha documentado que el mayor aporte de sodio a la dieta proviene de dichos alimentos (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

D. Consumo de grasas saludables

Las grasas de la dieta son aporte principal para el cuerpo de ácidos grasos, los cuales pueden ser saturados, monoinsaturados, poliinsaturados o ácidos grasos *trans*. Los ácidos grasos saturados se encuentran principalmente en alimentos de origen animal; los insaturados en aceites de origen vegetal y pescado. Por otro lado, la fuente de fuente de ácidos grasos *trans* son alimentos que provienen de rumiantes como los lácteos y alimentos procesados como margarinas, productos de panadería, pastelería y galletas que usan grasa hidrogenada, proceso que solidifica la grasa de aceites vegetales (Villalpando, 2007).

Existe evidencia científica consistente que relaciona el consumo de ácidos grasos saturados y ácidos grasos tipo *trans* con aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular. Se estimó en una población de mujeres enfermeras que por cada incremento de 5% de energía proveniente de grasa saturada y *trans*, se incrementaba en el riesgo de enfermedad coronaria en 17%. Mientras que si se reemplaza el 2% de la energía aportada por grasas saturadas y *trans* con grasas insaturadas, el riesgo se puede reducir hasta en un 53% (Hu, 1997). En Estados Unidos de América se estimó, que el consumo de grasas hidrogenadas causaban más de 30 000 muertes al año por las dislipidemias que provoca (Willett, 1994).

La Organización Panamericana de la Salud, indica que los padecimientos cardiovasculares tienen un profundo impacto en la economía de las naciones y el bienestar de las familias, debido a la muerte prematura de los individuos en edad productiva. También indica que es un padecimiento que aumenta la inequidad en salud, pues es más frecuente en pobres y menos detectable en mujeres (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

En contraste, el consumo de ácidos grasos insaturados, principalmente poliinsaturados de tipo omega-3 y omega-6, se han asociado con adecuados perfiles de lípidos en sangre y con protección contra enfermedad cardiovascular. También, existen reportes de efectos en el control glucémico y protector contra algunos tipos de cáncer y el consumo de grasa monoinsaturada (Lunn, 2006).

Por lo anterior y por la prevalencia encontrada de dislipidemias y sobrepeso y obesidad en la población adulta del Distrito Federal, se deberán considerar como fuente grasas, solo aquellos alimentos que favorezcan el aporte de grasa insaturada, reduzcan la grasa saturada y se evite el consumo de ácidos grasos *trans*.

E. Recomendaciones de bebidas saludables

Se ha documentado de manera consistente en la literatura científica la asociación entre el consumo de bebidas endulzadas y el riesgo de desarrollo de sobrepeso y obesidad (Malik VS, 2006); (Denova-Gutiérrez E, 2008). Como ya se ha mencionado, el sobrepeso y la obesidad es un estado que tiene fuertes implicaciones en el desarrollo físico, mental, discapacidad e incluso muerte.

Por lo anterior y por las altas prevalencias en México de sobrepeso, obesidad y diabetes mellitus, un comité de expertos convocado por la Secretaría de Salud, desarrolló las recomendaciones para la población mexicana del consumo de bebidas para una vida saludable (Rivera JA, 2008). En dichas recomendaciones se establecen seis niveles de consumo de bebidas, considerando el nivel 1 el más

saludable y abundante en volumen de ingesta y el 6 como el menos saludable y por ende, el que se recomienda restringir. En el nivel 1 se contempla el consumo de agua potable simple, el nivel 2 lo integran la leche baja en grasa o sin grasa y bebidas de soya sin azúcar adicionada. El café y té sin azúcar se encuentran ubicados en el nivel 3; bebidas no calóricas como café, té y refrescos de dietas integran el nivel 4. El nivel 5 corresponde a las bebidas con alto contenido calórico y beneficios limitados a la salud, como jugos de frutas, leche entera, bebidas alcohólicas y bebidas deportivas y finalmente, el nivel 6 lo constituyen las bebidas con azúcar y bajo contenido de nutrimentos como los refrescos, jugos, aguas frescas y café con azúcar.

Es importante delimitar en la canasta alimentaria para el DF un patrón de consumo de bebidas compatible con las recomendaciones ya que, esta población presenta elevadas prevalencias de sobrepeso, obesidad en todos los grupos de edad y en los adultos, una importante prevalencia de diabetes mellitus.

3.3 Construcción de una propuesta global de canasta alimentaria a nivel de grupos de alimentos por grupo poblacional

Considerando los puntos expuestos, se plantean los siguientes grupos poblacionales para la construcción de la canasta:

1. Niños(as) menores de 6 meses
2. Niños(as) de 6 meses a 12 meses.
3. Niños(as) de 1 a 3 años.
4. Niños(as) de 4 a 8 años.
5. Hombres de 9 a 13 años.
6. Hombres de 14 a 18 años.
7. Hombres de 19 a 50 años.
8. Hombres de 51 a >70 años.
9. Mujeres de 9 a 13 años.
10. Mujeres de 14 a 18 años.
11. Mujeres de 19 a 50 años.
12. Mujeres de 51 a >70 años.

A partir de las recomendaciones de ingesta diaria mexicanas (Bourges, 2008) e internacionales (Institute of Medicine, 2005) (Institute of Medicine, 2005) (Institute

of Medicine, 2006), para cada grupo de edad se ubicó la ecuación para estimación de energía e ingesta de los macronutrientes: proteína, hidratos de carbono, lípidos o grasas divididos en ácidos grasos saturados, monoinsaturados y poliinsaturados. Para los minerales: Hierro, Zinc, Calcio, Sodio, Potasio y Magnesio. Para las vitaminas: Tiamina, Riboflavina, Piridoxina, Niacina, Cobalamina, Ácido fólico, Vitamina C, Vitamina A y Vitamina D. Para los aminoácidos esenciales: Histidina, Isoleucina, Lisina, Metionina y Cisteína, Fenilalanina y Tirosina, Treonina, Triptofano y Valina. (Anexo A a Anexo E).

Para la estimación de energía se plantean las ecuaciones internacionales, las cuales consideran variables como peso, talla y nivel de actividad física. Para peso y talla se recomienda la obtención del valor medio o mediana para cada grupo de edad de las bases de datos de la ENSANUT 2012, mismas que están disponibles en el siguiente sitio: <http://ensanut.insp.mx/>

En relación al nivel de actividad física, se tienen pocas mediciones de esta variable en población mexicana con métodos objetivos como podómetros ó acelerómetros debido a que son métodos muy caros. Por ello, solo se tienen reportes usando el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ). En adultos de 20 a 69 años de todo el país se encontró que el 66% tenían un nivel de actividad física alto (Gómez, 2009). Sin embargo, estos valores consideran población de área rural, los cuales realizan más actividad física que en las áreas urbanas y podría estar sobreestimando este indicador para la población del DF (Ortiz-Hernández, 2010). En niños de escuelas primarias públicas de la Ciudad de México, a través de observación cuantitativa, se reportó que los niños pasan menos de la mitad del tiempo recomendado realizando actividad física de intensidad moderada a vigorosa (Jennings-Aburto, 2009). Considerando lo anterior y las elevadas prevalencias de sobrepeso y obesidad de la Ciudad de México, se recomienda emplear los valores de nivel de actividad física de la categoría poco activo, para no sobreestimar la ingesta energética de la población.

Para las mujeres en edad reproductiva, además se plantean las recomendaciones de ingesta en condición de embarazo y lactancia. Para la construcción de la canasta se recomienda usar los requerimientos para mujeres en edad reproductiva ponderados por la tasa de natalidad reportada por INEGI para el DF del 14.4% (INEGI).

Con estos criterios, en el Cuadro 1 se plantea el esquema para la selección de alimentos que potencialmente pueden cubrir los criterios delimitados en este documento y las recomendaciones de ingesta para todos los grupos poblacionales:

Cuadro 1. Propuesta global de canasta alimentaria hasta grupos de alimentos

Grupos de alimentos	Alimentos potenciales a incluirse	Indicaciones especiales por grupo poblacional						
		Niños(as) menores de 1 año	Niños(as)	Adolescentes		Adultos		Adulto mayor
				Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Cereales	Arroz integral Tortilla de maíz Pan integral Cereales adicionados con hierro y zinc sin azúcares añadidos.	Después de las frutas y verduras, introducir cereales adicionados con hierro y zinc.	<i>Porciones recomendadas:</i> Niños de 1-6 años: 6-7/día Niños de 8-10 años: 8/día	<i>Porciones recomendadas:</i> Adolescentes de 10-18años: 13/día		<i>Porciones recomendadas:</i> Adultos de 19-59 años: 11/día		<i>Porciones recomendadas:</i> Adultos mayores de 65-> años:9/día
Frutas	Papaya, manzana, pera, melón, uvas, sandía, naranja, piña, mango, guayaba, fresas. Frutas de temporada disminuyen costos.	Introducir a los 6 meses de edad en forma de batidos naturales sin azúcares u otros ingredientes añadidos	<i>Porciones recomendadas:</i> Niños de 1-6 años: 2/día Niños de 8-10 años: 3/día	<i>Porciones recomendadas:</i> Adolescentes de 10-18años: 3/día		<i>Porciones recomendadas:</i> Adultos de 19-59 años: 3/día		<i>Porciones recomendadas:</i> Adultos mayores de 65-> años:3/día
Verduras	Chayote espinacas, quelites, acelgas, calabacita, hongos, jitomate, zanahoria, brócoli, pepino, jícama, pimiento morrón, coliflor.	Introducir a los 6 meses de edad en forma de batidos naturales sin sal u otros ingredientes añadidos	<i>Porciones recomendadas:</i> Niños de 1-6 años: 2-3 /día Niños de 8-10 años: 3/día	<i>Porciones recomendadas:</i> Adolescentes de 10-18años: 3/día		<i>Porciones recomendadas:</i> Adultos de 19-59 años: 3/día		<i>Porciones recomendadas:</i> Adultos mayores de 65-> años:2/día

... Cont. Cuadro 1. Propuesta global de canasta alimentaria hasta grupos de alimentos

Grupos de alimentos	Alimentos potenciales a incluirse	Indicaciones especiales por grupo poblacional						
		Niños(as) menores de 1 año	Niños(as)	Adolescentes		Adultos		Adulto mayor
				Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Huevo y carne roja, lácteos	Bistec, Hígado, huevo de gallina, jamón, salchicha de pavo, queso panela, queso Oaxaca, yogur descremado, crema.	8-9 meses: incluir pequeñas cantidades de carne por su alta biodisponibilidad de hierro y zinc. Preferentemente pescado y pollo sin piel	Preferir pescado y pollo sin piel, en preparaciones a la plancha, asado o empapelado. En caso de consumir carnes rojas, se sugiere que los cortes de carne sean magros, se recomienda limitar el consumo de tocino, chicharrón, chorizos. Vísceras: no mas de 2 veces por semana Evitar consumir más de 3 yemas de huevo a la semana, pollo con piel y carnes grasosas, así como las preparaciones de alimentos fritos y capeados. Consumir 2 raciones de lácteos por día, evitar el consumo de lácteos enteros o con alto contenido de grasas como los quesos madurados (manchego, gouda, chihuahua, etc.)					
Aves	Pollo sin piel		<i>Porciones recomendadas:</i> Niños de 1-6 años: 2/día Niños de 8-10 años: 4/día Adolescentes de 10-18años:5/día		Adultos de 19-59 años: 3/día Adultos mayores de 65-> años:3/día			
Pescado	Atún, Blanco del nilo, oriental, bagre, sardina, cazón							
Grasas*	Aceites vegetales para cocinar como: aceite de canola, maíz, cártamo, soya.. Frutos secos como cacahuete natural, almendra, nueces, etc.	No aplica	Sustituir mantequillas, manteca y margarinas para cocinar con aceites vegetales: maíz, girasol, cártamo, soya, etc. Incluir en colaciones cacahuates, semillas de girasol, calabaza y pepitas sin sal, también se recomiendan nueces, avellanas, almendras, etc. <i>Porciones recomendadas:</i> Niños de 1-6 años: 2-3/día Niños de 8-10 años: 3/día Adolescentes de 10-18años:6-7/día Adultos de 19-59 años: 4-5/día Adultos mayores de 65-> años:4-5/día					

... Cont. Cuadro 1. Propuesta global de canasta alimentaria hasta grupos de alimentos

Grupos de alimentos	Alimentos potenciales a incluirse	Indicaciones especiales por grupo poblacional						
		Niños(as) menores de 1 año	Niños(as)	Adolescentes		Adultos		Adulto mayor
				Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Leguminosas	Lentejas, frijoles, alubias, garbanzo, etc.	Introducir a los 7 meses en forma de purés naturales sin sal u otros ingredientes añadidos.	<p>Remojar o hervir para disminuir la concentración de ácido fítico y consumir en combinación con cereales integrales (tortilla, pan integral etc.) Se recomienda limitar su consumo de preparaciones con grasas animales como chorizo, longaniza, manteca, refritos, salchichas, etc.</p> <p><i>Porciones recomendadas:</i></p> <p>Niños de 1-6 años: 1-2/día Niños de 8-10 años: 2/día Adolescentes de 10-18años:2-3/día</p> <p>Adultos de 19-59 años: 2/día Adultos mayores de 65-> años:2/día</p>					
Bebidas	Agua sola potable Bebidas de soya sin azúcar Leche y yogur para beber descremados Café y té sin azúcar Bebidas con fruta sin azúcar adicionada	En caso de utilizar sucedáneos de leche materna, incluir aquellos adicionados con hierro.	<p>Sustituir lácteos enteros por descremados: leche, yogurt.</p> <p>Evitar consumo de bebidas de nivel 6</p> <p>Consumir agua sola potable:</p> <p>Niños de 1-6 años:1-1.5 litros por/día Niños de 8-10 años:1.5 litros/día Adolescentes de 10-18años:2 litros/día</p> <p>Adultos de 19-59 años: 2litros /día Adultos mayores de 65-> años:2 litros/día</p>					
Recomendaciones generales	Alimentación con leche materna exclusiva, los primeros 6 meses de edad. Deberá limitarse la introducción de alimentos industrializados.	Consumir alimentos ricos en calcio.	Periodo periconcepcional y embarazo suplementos de hierro, ácido fólico y vitamina B12, y Calcio.	Incluir fuentes ricas en calcio.	Periodo periconcepcional y embarazo: se requieren suplementos de hierro, ácido fólico y vitamina B12, y Calcio.	Evitar el consumo de alimentos con grasas saturadas	Suplementar con calcio, vitamina D, y zinc. Vigilar las fuentes de magnesio y hierro; así como una el adecuado consumo de líquidos.	
Evitar el consumo de bebidas endulzadas y de alimentos procesados.								

*Esta recomendación ya incluye los lípidos utilizados en la preparación de los alimentos.

3.4 Consideraciones finales

Para lograr una canasta por hogar, se deberán estimar cantidades de cada alimento seleccionado. Con ello y con tablas de composición de alimentos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, del Instituto Nacional de Salud Pública e internacionales como tablas de composición de alimentos de Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, se determinará el contenido de energía y nutrimentos de la canasta para grupo poblacional. Posteriormente, con información de la población del DF por grupo de edad y composición promedio de sus hogares se podrá construcción una canasta de alimentos por hogar considerando pesos específicos para cada subcanasta.

Si bien es conocido que la selección de alimentos tiene un fuerte componente de preferencia y aceptabilidad; también está documentado que el nivel de conocimientos en materia de nutrición y salud tiene efectos en esta materia. Derivado de la Encuesta Urbana de Alimentación (ENURBAL) en la Ciudad de México, se reportó que tan solo el 15% de las mujeres del estrato socioeconómico bajo tenían conocimientos de nutrición adecuados (Galindo Gómez, 2011). Esto indica que gran parte de esta población, no relaciona correctamente los efectos de algunos alimentos con la salud. Lo anterior, señala la imperante necesidad del diseño e implementación de estrategias informativas, culturalmente aceptadas, para dotar a la población de conocimientos en materia de nutrición y salud y con ello aumentar los criterios para la selección de alimentos saludables.

Otro de los factores que se ha documentado que delimita la selección de alimentos es el costo. Se ha reportado que el costo de una dieta considerada saludable es mayor que el de una dieta no tan saludable, en los hogares de menores ingresos la dieta se compone básicamente de granos refinados, azúcares agregados, grasas añadidas y cereales, que suelen ser alimentos de bajo costo, pero que aportan una gran cantidad de energía y de nutrimentos de baja calidad (Drewnowski, 2005). Este aspecto, requiere la atención de los

Gobiernos como impulsores de políticas focalizadas para mejorar el acceso a una alimentación saludable a los habitantes en situación de pobreza. Es aquí, donde la canasta alimentaria para el DF puede ser el mecanismo de orientación clara tanto para la ciudadanía para la selección de sus alimentos, como para el Gobierno para el diseño de estrategias que faciliten el acceso a una dieta saludable.

4. Una aproximación a la construcción de un índice multidimensional de desarrollo social para el Distrito Federal

Debido a la parcialización en el estudio teórico y conceptual del desarrollo social, así como la focalización en los conceptos de pobreza y otros alternativos, resulta natural que los métodos para la medición del desarrollo social sean poco amplios en la literatura, concentrada más bien en la medición de la pobreza, como el método indirecto o del ingreso, el método directo o de las necesidades básicas insatisfechas desarrollado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), así como el método integral de la pobreza que retoma elementos de los anteriores. Además, otras herramientas estadísticas que se usan en la medición de la inequidad de la distribución de la riqueza o desigualdad son las curvas de Lorenz y el índice de Gini.

En este apartado se presenta un panorama general de dos metodologías que presentan un avance en la medición de la pobreza y el bienestar social desde su conceptualización hasta su construcción. La primera de ellas con base en los estudios elaborados por el Centro de Análisis Multidisciplinario de la Facultad de Economía de la UNAM y la segunda en función del Método de Medición Integrada de la Pobreza desarrollado por el investigador Julio Boltvinik.

Finalmente, se presenta una aproximación para la construcción de un índice multidimensional de desarrollo social bajo la conceptualización teórica que se ha enfatizado en este trabajo.

4.1 Mediciones alternativas de pobreza y bienestar social

A. La relación entre la Canasta Alimenticia Recomendable y el Salario Mínimo en México

El Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM) de la Facultad de Economía de la UNAM ha realizado estudios de impacto socioeconómico de medición del bienestar y la pobreza. La medición se realiza a partir de la relación entre el precio de una Canasta Alimenticia Recomendable (CAR) y el poder adquisitivo del salario mínimo, es decir qué elementos de la CAR se pueden adquirir con el poder adquisitivo del salario mínimo y cuál es el tiempo de trabajo necesario para adquirirlos.

La CAR utilizada por el CAM es una canasta integrada por 33 alimentos de consumo básico, definida en su estructura, contenido y ponderación por el Dr. Abelardo Ávila Curiel, investigador del Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”. La canasta está ponderada para el consumo diario de una familia mexicana conformada por cinco personas: dos adultos, un joven y dos niños. Según el propio CAM, la integración de la canasta considera aspectos económicos, nutritivos y culturales, así como de tradición y de dieta. Además, indica que para cubrir el gasto, las familias trabajadoras tienen que considerar el gasto en vivienda, transporte, educación, salud, vestido, calzado, y recreación, gastos que no cubre la CAR.

Bajo esta perspectiva, el CAM publicó un documento denominado “Poder adquisitivo del salario y precio de la canasta básica alimentaria recomendable durante los primeros nueve meses del gobierno de Felipe Calderón Hinojosa” (Muñoz, 2007a), el cual indica que las políticas de control salarial han impactado en el poder adquisitivo de las familias mexicanas dado que los incrementos a los trabajadores no compensan el aumento de los precios, por lo que el poder de compra va en declive.

El análisis detalla que en el inicio del sexenio de Felipe Calderón, el 1 de diciembre de 2006, la CAR tenía un costo de 80.83 pesos. Nueve meses después, el 1 de septiembre de 2007, el costo de la canasta fue de 100.69 pesos, es decir un incremento de 24.57 por ciento. Mientras tanto, el salario mínimo era de 48.17 pesos al inicio del sexenio y de 50.56 pesos nueve meses después; un incremento de menos de cinco puntos porcentuales en términos nominales.

La realidad que describe el estudio del CAM desborda el marco normativo de la Ley Federal del Trabajo, que en su artículo 90 establece que: “Salario mínimo es la cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo. El salario mínimo deberá ser suficiente para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en el orden material, social y cultural, y para proveer a la educación obligatoria de los hijos. Se considera de utilidad social el establecimiento de instituciones y medidas que protejan la capacidad adquisitiva del salario y faciliten el acceso de los trabajadores a la obtención de satisfactores.”

Por lo tanto, un salario mínimo debería ser suficiente para satisfacer las necesidades básicas (que no sólo son materiales, sino también sociales, educativas y culturales) de una familia promedio de 3.5 personas en México. Estas necesidades mínimas establecidas en la “Canasta Básica”, como un conjunto de bienes y servicios indispensables, de consumo y de uso diario, determinados en términos económicos, históricos, sociales y morales, deben garantizar que el trabajador y su familia puedan existir y reproducirse, así como llevar una vida plena y digna. Esta provisión de ciertos bienes o servicios se considera como un derecho ciudadano, por lo que el Estado, como representante de lo social, debe garantizar su acceso como derechos o garantías sociales de todos los habitantes de un país.

El trabajo desarrollado por el CAM se puede adaptar a la metodología del coeficiente de Engel con el fin de avanzar en la construcción de un índice de bienestar. Dicho método adopta la participación del gasto en alimentos dentro del gasto total como el indicador del bienestar de una familia: a mayor proporción de gasto en alimentos, menor nivel de bienestar. Así, es posible comparar directamente los gastos totales realizados por hogares de distinto tamaño que gasten la misma proporción de su presupuesto en alimentos.

A pesar de que el CAM hace un esfuerzo importante para dar un salto de calidad hacia la perspectiva del desarrollo social haciendo uso de una canasta alimentaria alternativa, el alcance de esta relación entre la CAR y el salario mínimo es insuficiente en términos de la construcción de un indicador de desarrollo social de la población. Como el CAM mismo reconoce, la canasta que usa es excluyente *per se* de un conjunto de satisfactores indispensables para el desarrollo social que se mencionan anteriormente.

B. Método de Medición Integrada de la Pobreza

En contraposición con los métodos tradicionales de medición de la pobreza, Boltvinik (2003) plantea “ampliar la perspectiva, a partir del ‘eje del florecimiento humano’ (donde el ser humano se encuentra completo) y ‘recortar’ su contenido para arribar al del eje del nivel de vida. En el eje del florecimiento humano es donde puede desarrollarse la reflexión sobre las ‘necesidades y capacidades humanas’ que, a su vez, debe fundamentarse en una discusión sistemática sobre la ‘esencia humana’” (p. 9).

Desde la perspectiva de Boltvinik (2003), “la forma en que se aborda la medición de cualquier fenómeno refleja el nivel de desarrollo teórico y conceptual alcanzado” (p. 10). En este sentido, hay un reconocimiento implícito a la necesidad de avanzar desde el cuerpo teórico conceptual (limitado) de pobreza a uno de

mayor alcance como lo es el de desarrollo social, en el que los agentes involucrados no pueden estar aislados para conseguir los objetivos del desarrollo.

Así, Boltvinik (2003) distingue entre dos ejes: el del florecimiento o bienestar humano y el del nivel de vida. “La diferencia entre ambos ejes consiste en que en el del florecimiento está el ser humano completo, con todas sus necesidades y capacidades, mientras que en el nivel de vida están solamente los elementos económicos de dichas necesidades y capacidades. Necesidades humanas como el amor, o capacidades como la creatividad, que no dependen centralmente de recursos económicos, quedan casi eliminadas al pasar del primer eje conceptual al segundo (en la medida en la cual los recursos económicos no son el elemento central en su satisfacción)” (p. 11).

En esta lógica Boltvinik desarrolló en 1992 el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP) que básicamente combina dos metodologías: por una parte, la de Línea de Pobreza (LP) en su variante de Canasta Normativa de Satisfactores Esenciales (CNSE)⁴ y, por la otra, la de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Su fundamento es la siguiente concepción de las fuentes de bienestar de los hogares:

Dadas sus necesidades, cuya variabilidad se suele subestimar, la satisfacción de las necesidades básicas de una persona o de un hogar, depende de las siguientes seis fuentes de bienestar: a) el ingreso corriente; b) los derechos de acceso a servicios o bienes gubernamentales de carácter gratuito (o subsidiados); c) la propiedad, o derechos de uso, de activos que proporcionan servicios de consumo básico (patrimonio básico acumulado); d) los niveles educativos, las habilidades y destrezas, entendidos no como medios de obtención de ingresos, sino como expresiones de la capacidad de entender y hacer; e) el tiempo disponible para la

⁴ Desarrollada como parte de los trabajos de investigación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR).

educación, la recreación, el descanso, y para las labores domésticas; y, f) los activos no básicos y la capacidad de endeudamiento del hogar.

Como se puede apreciar, el MMIP representa un avance muy importante en el sentido del florecimiento o bienestar humano, superando la mera medición de la pobreza a partir de factores económicos y tomando en cuenta un conjunto de elementos adicionales encaminados al pleno desarrollo del hombre. A pesar de que este método ha sido ampliamente discutido para su puesta en marcha, nos parece que olvida enfatizar dos aspectos importantes: El primero de ellos está relacionado con la conceptualización corresponsable del desarrollo entre Estado y sociedad. Teniendo en cuenta al Estado como representante de lo social, esta afirmación toma mayor relevancia cuando su accionar se desarrolla en espacios escalares diferenciados por su grado de avance. De esta forma, la necesidad de introducir en el indicador una variable directa que permita evaluar el grado de acción institucional del Estado y su impacto en el desarrollo es un elemento importante. En segundo lugar, permanece una conceptualización de medición desde la perspectiva de lo individual (antropocéntrica), olvidando el carácter social del individuo y su desarrollo integral en términos *sociales*. En este sentido se aprecia una insuficiencia en cuanto al espectro de variables que se toman en cuenta en el MMIP que no le permiten ponderar el desarrollo en términos creativos, no como un momento sino como un proceso que evoluciona y se transforma en el tiempo.

4.2 Índice multidimensional de desarrollo social para el Distrito Federal, lineamientos generales

A pesar de los esfuerzos delineados en la sección anterior para avanzar en la medición del desarrollo social, aún existen carencias en las metodologías mencionadas que es posible plantear en dos planos. El primero de ellos conceptual, en el sentido de que el desarrollo social debe concebirse como un proceso integral que involucre no sólo a los actores sociales, sino a los agentes

institucionales como catalizadores de un desarrollo social avanzado, autogestivo, y en consonancia con el medio ambiente. Derivado de esta concepción fundamental que se define en el primer apartado, las metodologías actuales, en consecuencia, carecen de un conjunto de planos superestructurales necesarios para la plena medición del desarrollo. Entre los planos ausentes se encuentran el institucional o la acción de gobierno en el desarrollo, el acceso a las nuevas tecnologías como un elemento facilitador de la creatividad social y humana, así como las condiciones que garanticen el pleno derecho de la sociedad para organizarse y participar en la construcción colectiva de su futuro.

A partir de esta lógica, se propone la construcción de un índice de desarrollo social para el Distrito Federal que contemple tres órdenes: el primero de ellos relacionado con las condiciones básicas que sirven de plataforma para el desarrollo social, en el que la Canasta Alimentaria es un elemento fundamental; un segundo orden relacionado con la acción institucional de gobierno que potencie las capacidades primarias de la población en un espacio territorial determinado, impulsando el desarrollo comunitario hacia un nivel superior, y finalmente un tercer orden que evalúa el desarrollo social a partir de su capacidad para utilizar el conocimiento y el acceso a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para resolver los problemas comunitarios de manera creativa e independiente que signifique un desarrollo social avanzado.

Los elementos a considerar en cada uno de los órdenes son los siguientes:

Primer orden: Condiciones básicas para el desarrollo.

- Calidad del empleo y nivel de ingreso
- Calidad de vivienda y acceso a servicios básicos (agua potable, energía eléctrica, gas)
- Calidad de alimentación y acceso a servicios de salud
- Educación básica

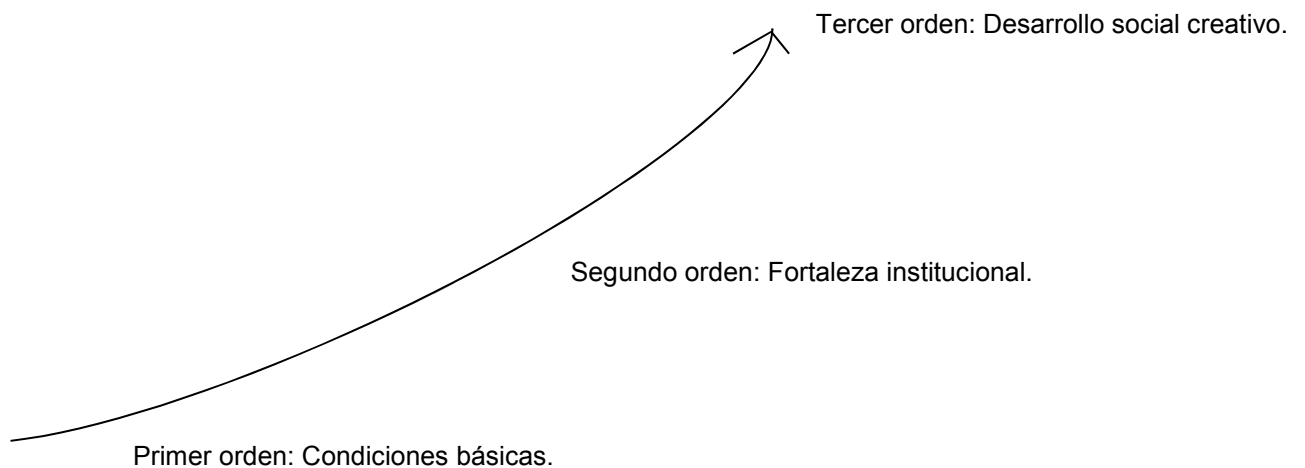
Segundo orden: Grado de fortaleza de la esfera institucional de gobierno como catalizador del desarrollo.

- Presencia y eficiencia de los programas de desarrollo social y seguridad pública.
- Estado de la infraestructura urbana (vialidades, parques, museos y centros de recreación y cultura comunitarios, transporte público multimodal)
- Garantía y promoción de los derechos sociales e individuales.
- Promoción de la organización y participación ciudadana en las decisiones de gobierno.

Tercer orden: Condiciones necesarias para un desarrollo social creativo.

- Educación media superior y superior
- Grado de acceso a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación
- Conservación del medio ambiente
- Cohesión social y solución creativa de problemas comunitarios a partir del conocimiento y la identidad social sin la intervención del gobierno.

Esquema del índice de desarrollo social para el Distrito Federal



Conclusiones

El debate conceptual entre pobreza y desarrollo social que se propone al inicio de este trabajo es fundamental para los países en vías de desarrollo, no sólo por su impacto en la definición de políticas públicas de desarrollo social diferenciadas a nivel escalar sino por sus consecuencias en la forma de medir y evaluar el desarrollo.

Si bien prevalece un debate en la definición de desarrollo social y en consecuencia de cómo medirlo, en este documento se avanza en su conceptualización y en el diseño de una canasta alimentaria desde la perspectiva del desarrollo entendido como la evolución de un conjunto de satisfactores sociales necesarios para el bienestar y el progreso no sólo del hombre sino de su comunidad. Se hace énfasis en la necesidad de impulsar el desarrollo de manera corresponsable entre Estado y sociedad. Es a partir de esta idea, que se hace necesario endogenizar la intensidad de la acción del Estado en la construcción de un índice multidimensional de desarrollo social para el Distrito Federal.

En ese sentido, la canasta alimentaria que aquí se desarrolla, propone no sólo atacar los principales problemas de salud alimentaria por grupos etarios sino plantear las condiciones básicas, fundamentales para el avance del desarrollo social a estadios de segundo y tercer orden. Esta visión otorga a la canasta alimentaria un papel central en la conceptualización de desarrollo, convirtiéndose en la plataforma del desarrollo social y no sólo como un simple indicador de la línea de pobreza.

Los avances que han tenido lugar en el Distrito Federal en materia de desarrollo social en los últimos años, representan el punto de partida ideal para dar un salto de calidad en la conceptualización del desarrollo social, la implementación de políticas públicas y su evaluación a través de indicadores de largo alcance.

Referencias

- Abegunde, D. & Stanciole, A. (2006). An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries. World Health Organization.
- ALDF. (2010) Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Distrito Federal. Recuperado del sitio de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal: www.aldf.gob.mx/archivo-19428a360802ab4f356350d9fb708799.pdf
- Ávila C. (2012) Construcción de una canasta alimentaria para el Distrito Federal. Recuperado del sitio del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal: www.evalua.df.gob.mx/files/pobreza/3_cna_construccion.pdf
- Ávila Curiel, A. (2011). Construcción de una canasta alimentaria para el DF (CADF). Mexico: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal.
- Boltvinik, J. (2008, 5 de diciembre). Principios de medición multidimensional de la pobreza/ VII y último. La Jornada, Recuperado de <http://www.julioboltvinik.org/documento/economia-moral/2008/051208.pdf>
- Boltvinik, J. (2003). Conceptos y medición de la pobreza. La necesidad de ampliar la mirada. *Papeles de población*, (38), 9-25.
- Boltvinik, J. (1995). La pobreza en México. I. Metodologías y evolución. *Salud pública de México*, 37(4), 288-297.
- Bourges, H. C. (2008). Recomendaciones de ingestión de nutrimentos para la población mexicana, bases fisiológicas. México, 2008: Editorial Panamericana.
- Cabrera, C., Gutiérrez, A. & Antonio R. (2005). Introducción los indicadores económicos y sociales de México. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Camero, L. (2012) Reporte de los grupos de enfoque sobre las prácticas alimentarias de los habitantes del Distrito Federal, Recuperado del sitio del

- Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal:
www.evalua.df.gob.mx/file/pobreza/5_cna_alimentacion.pdf
- Carrillo, M. (2002). Aspectos macroeconómicos introductorios del desarrollo regional y urbano. México: Instituto Politécnico Nacional.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). CDC grand rounds: dietary sodium reduction - time for choice. MMWR. Morbidity And Mortality Weekly Report, 61(5), 89-91.
- Chobanian, A., Bakris, G., Black, H., Cushman, W., Green, L., Izzo, J.,...Wright, J. (2003). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension, 42, 1206–1252.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2009). Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Distrito Federal.
- CONEVAL (2010) Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto. Recuperado de: <http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/home/Evaluacion%20de%20Nutricion%20y%20Abasto%202010.pdf?view=true>
- CONEVAL (2010) Índice de Rezago Social. Recuperado del sitio del Consejo Nacional de Evaluación de la Política social: <http://web.coneval.gob.mx/Paginas/principal.aspx>
- Denova-Gutiérrez, E., Jiménez-Aguilar, A., Halley-Castillo, E., Huitrón-Bravo, G., Talavera, J.O., Pineda-Pérez, D., Díaz-Montiel, J.C. & Salmerón J. (2008). Association between sweetened beverage consumption and body mass index proportion of body fat and body fat distribution in Mexican adolescents. Annals of Nutrition and Metabolism 53, 245-51.
- Drewnowski, A. & Darmon, N. (2005). The economics of obesity: dietary energy density and energy cost. The American Journal of Clinical Nutrition. 82(1 Suppl), 265S-273S.
- FAO (1996). Cumbre mundial sobre la alimentación. Recuperado de http://www.fao.org/wfs/index_es.htm

- FAO (2012). Panorama de la Seguridad alimentaria y Nutricional e América Latina y el Caribe 2012.
- Galindo Gómez, C. J. (2011). Conocimientos en nutrición, sobrepeso u obesidad en mujeres de estratos socioeconómicos bajos de la Ciudad de México. Archivos Latinoamericanos De Nutrición, 61(4), 396-405.
- Gómez, L.M., Hernández-Prado, B., Morales, M.C., Shamah-Levy, T.(1) 2009). Physical activity and overweight/obesity in adult Mexican population: the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. Salud Pública De México, 51(Suppl 4), S621-S629.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hu, F.B., Stampfer, M. J., Manson, J. E., Rimm, E., Colditz, G.A., Rosner, B.A., Hennekens, Ch., & Willett, C.W. (1997). Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. The New England Journal Of Medicine, 337(21), 1491-1499.
- IICA (s/año). Recuperado de http://www.iica.int/esp/programas/SeguridadAlimentaria/Documents/SeguridadAlimentarias_Quees_Esp.pdf
- INEGI. (s.f.). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 10 de Diciembre de 2012, de Población, Hogares y Vivienda: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Institute of Medicine (2005) Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fat, Protein and Amino Acids (Macronutrients). Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2005). Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate. Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2006). Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements. Washington, DC: The National Academies Press.

- Jennings-Aburto, N., Nava, F., Bonvecchio, A., Safdie, M., González-Casanova, I., Gust, T. & Rivera, J. (2009). Physical activity during the school day in public primary schools in Mexico City. *Salud Pública de México*, 51(2), 141-147.
- La Jornada (8 de agosto de 2011) Padecen escasez alimentaria casi 50 millones de mexicanos: Coneval. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2011/08/08/sociedad/040n1soc>
- Lönnerdal, B. (1989). Dietary factors affecting trace element absorption in infants. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 35, 1109-1113.
- Lunn, J. (2006). The health effects of dietary unsaturated fatty acids. *Nutrition Bulletin*, 31(3), 178-224.
- Popkin, B. (1994). The nutrition transition in low-income countries: An emerging crisis. *Nutrition Reviews*, 52(9), 285-298.
- Malik, V.S., Schulze, M. B., & Hu, F.B. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr*, 84, 274-88.
- Muñoz, Patricia. (2007a). Poder Adquisitivo del salario y precios de la canasta básica alimentaria recomendable durante los primeros nueve meses del gobierno de Felipe Calderón. En notas sobre el reporte 73 del Centro de Análisis Multidisciplinario. *Revista Proceso*. Recuperado de: 132.248.5/cam/pdfs/rep73.pdf. Páginas 7-11.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Prioridades para la salud cardiovascular de las Américas. Mensajes claves para los decisores. Washington, DC: OPS.
- Ortiz-Hernández, L., Ramos-Ibáñez, N. (2010). Sociodemographic factors associated with physical activity in Mexican adults. *Public Health Nutrition*, 13(7), 1131-1138.
- OCDE (2010) La obesidad y la economía de la prevención. Recuperado de <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/46077041.pdf>
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006. Recuperado del sitio de

- internet del Instituto Nacional de Salud Pública:
<http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>
- ONU- OMS (1990). Brief on policies to alleviate underconsumption and malnutrition in deprived areas. Recuperado de <http://www.unsystem.org/scn/archives/scnnews07supplement/begin.htm>
- ONU (1995). Copenhagen Declaration on Social Development. Recuperado de <http://www.un-documents.net/cope-dec.htm>
- ONU (2010). Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado de http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf
- Rivera, J.A., Muñoz-Hernández, O., Rosas-Peralta, M., Aguilar-Salinas, C., Popkin, B. M., & Willett, C.W. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Salud Publica Mex*, 50, 173-195.
- Rodríguez, S.C., Hotz, Ch., Rivera, J.A. (2007). Bioavailable Dietary Iron Is Associated with Hemoglobin Concentration in Mexican Preschool Children. *J. Nutr*, 137, 2304-10.
- SSA (2005) NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Diario Oficial de la Federación. 28 de mayo del 2005.
- Théodore R., (2010) Producto I. Marco teórico y conceptual del insumo socio-cultural de la Canasta normativa. Recuperado del sitio del Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal: www.evalua.df.gob.mx/files/pobreza/4_cna_teor_concep.pdf
- Townsend, P. (2003). La conceptualización de la pobreza. *Comercio Exterior*, 53(5), 445-452.
- Villalpando, S. (2007). Grasas, dieta y salud. Tablas de composición de ácidos grasos de alimentos frecuentes en la dieta mexicana. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- WHO and FAO (World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations). (2003). Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic

Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Report 916.
Geneva: WHO.

Willett, W. & Ascherio, A. (1994). Trans fatty acids: are the effects only marginal?.
American Journal Of Public Health, 84(5), 722-724.

World Health Organization (2001). Iron deficiency anaemia. Assessment,
prevention and control. A guide for programme managers. World Health
Organization.

ANEXOS

Anexo A. Ecuaciones de estimación de requerimiento energético

Edad y sexo	Energía (EER) ^b	Rango de valores de nivel de actividad física			
		Sedentario	Poco activo	Activo	Muy Activo
Niños(as)					
0-6 meses	0-3 meses (89 x peso[kg] - 100) + 175 kcal 4-6 meses (89 x peso[kg] - 100) + 56 kcal	-	-	-	-
7- 12 meses	7-12meses (89 x peso[kg] - 100) + 22 kcal	-	-	-	-
1-3 años	(89 x peso [kg] - 100) + 20kcal.	-	-	-	-
Hombres					
4-8 años	88.5 - (61.9 x edad) + NAF x (26.7 x peso[kg] + 903 x talla [m]) + 20 kcal	1.0	1.16	1.31	1.56
9-13 años	88.5 - (61.9 x edad [años]) + NAF x (26.7 x peso [kg] + 903 x talla [m]) + 25 kcal	1.0	1.13	1.26	1.42
14-18 años					
19-50 años	662 - (9.53 x edad [años]) + NAF x (15.91 x peso [kg] + 539.6 x talla [m])	1.0	1.12	1.25	1.48
51- >70 años					
Mujeres					
4-8 años	135.3 - (30.8 x edad [años]) + NAF x (10.0xpeso[kg] + 934 x talla [m]) + 20 kcal	1.0	1.16	1.31	1.56
9-13 años	135.3 - (30.8xedad [años]) + NAF x (10.0 x peso [kg] + 934 x talla [m]) + 25 kcal	1.0	1.13	1.26	1.42
14-18 años					
19-50 años	354 - (6.91 x edad [años]) + NAF x (9.36xpeso [kg] + 726 x talla [m])	1.0	1.12	1.25	1.48
51- >70 años					
Embarazo	1er trimestre= EER + 0 + 0 2do y 3er trimestre = EER + 8 kcal/semana + 180	-	-	-	-
Lactancia	1er semestre= EER + 500 - 170 2do semestre= EER + 400 - 0	-	-	-	-

Ingesta dietética de referencia (DRIs)⁵

EER: estimación de requerimiento energético

NAF: Nivel de actividad física

Anexo B. Recomendaciones de ingesta diaria para proteína, carbohidratos y minerales.

Edad y sexo	Hidratos de carbono ^b (g/d)	Proteínas ^b (g/d)	Hierro ^a (mg)	Zinc ^a (mg)	Calcio ^a (mg)	Sodio ^b (g)	Potasio ^b (g/d)	Magnesio ^b (mg/d)
Niños(as)								
0-6 meses	60*	9.1*	s.i*	s.i*	210*	0.12*	0.4*	30*
7- 12 meses	95*	11.0	16*	3.8*	270*	0.37*	0.7*	75*
1-3 años	130	13	13*	4.0	500*	1.0*	3.0*	80
4-8 años	130	19	15*	6.6	800*	1.2*	3.8*	130
Hombres								
9-13 años	130	34	20*	11.6	1300*	1.5g*	4.5*	240
14-18	130	52	22*	13.9	1300*	1.5g*	4.7*	410
19-50 años	130	56	15*	15.0	1000*	1.5g*	4.7*	400-420
51- >70 años	130	56	15*	11	1200*	1.5g*	4.7*	400-420
Mujeres								
9-13 años	130	34	16*	11.6	1300*	1.5g*	4.5*	240
14-18 años	130	46	22*	12.2	1300*	1.5g*	4.7*	360
19-50 años	130	46	21*	11.0	1000	1.5g*	4.7*	310-320
51- >70 años	130	46	12*	11.0	1200	1.5g*	4.7*	310-320
Embarazo	175	71	28*	14.0*	1000	1.5g*	4.7*	14-18a: 400 19-30a: 350 31-50a: 360
Lactancia	210	71	17-25*	16*	1000*	1.5*	5.1*	14-18a: 360 19-30a: 310 31-50a: 320

^aValores de referencia (IDR e IDS) de nutrientes inorgánicos para la población mexicana⁴

^b Ingesta dietética de referencia (DRIs)⁵

AI o IDS ingesta adecuada (*)

s.i.: sin información suficiente para establecer una IDS

Anexo C. Recomendaciones de ingesta diaria para lípidos/grasas totales y ácidos grasos

Edad y sexo	Lípidos totales ^a (% Energía)	Ácidos grasos saturados ^a (% Energía)	Ácidos grasos poliinsaturados ^a (% Energía)	Ácidos grasos monoinsaturados ^a (% Energía)	Ácidos grasos trans ^{a,c}	Colesterol ^{a,d} (mg/100 Kcal)
Niños (as)						
0-6 meses	40-50	0				
7- 12 meses			6-10	Por diferencia	< 1	120-130
1-3 años	25-35	< 7				
4-8 años	25-30					
Hombres						
9-13 años						
14-18	25-30	< 7	6-10	Por diferencia	< 1	120-130
19-50 años						
51- >70 años						
Mujeres						
9-13 años						
14-18 años						
19-50 años	25-30	< 7	6-10	Por diferencia	< 1	120-130
51- >70 años						
Embarazadas						
Lactantes						

Porcentaje de la Energía^a:

^aValores de referencia (IDR e IDS) de nutrientes inorgánicos para la población mexicana⁸

AI o IDS ingesta adecuada (*)

^cSe recomienda eliminar por completo de la dieta

^dLo menos posible

Anexo D. Tabla de recomendaciones de ingesta diaria de vitaminas

^aValores de referencia (IDR e IDS) de nutrimentos inorgánicos para la población mexicana⁴

Edad y sexo	Tiamina ^b (mg/d)	Riboflavina ^b (mg/d)	Piridoxina ^b (mg/d)	Niacina ^b (mg/d)	Cobalamina ^a (µg/d)	Acido fólico ^a (µg/d)	Vitamina C ^b (mg/d)	Vitamina A ^b (µg/d)	Vitamina D ^b (µg/d)
Niños(as)									
0-6 meses	0.2 *	0.3 *	0.1*	2*	0.3*	76*	40*	400 *	10
7- 12 meses	0.3 *	0.4 *	0.3*	4*	0.5*	96 *	50*	500 *	10
1-3 años	0.5	0.5	0.5	6	0.8	168*	15	300	15
4-8 años	0.6	0.6	0.6	8	1.2	230*	25	400	15
Hombres									
9-13 años	0.9	0.9	1.0	12	1.7	360*	45	600	15
14-18	1.2	1.3	1.3	16	2.2	390*	75	900	15
19-50 años	1.2	1.3	1.3	16	2.4	460*	90	900	15
51- >70 años	1.2	1.3	1.7	16	3.6	460*	90	900	15 (>70 años: 20)
Mujeres									
9-13 años	0.9	0.9	1.0	12	1.7	360*	45	600	15
14-18 años	1.0	1.0	1.2	14	2.2	390*	65	700	15
19-50 años	1.1	1.1	1.2	14	2.4	460*	75	700	15
51- >70 años	1.1	1.1	1.5	14	3.6	460*	75	700	15 (>70 años: 20)
Embarazo (14-50 años)	1.4	1.4	1.9	18	2.6 *	750*	80-85	750-770	15
Lactancia (14-50 años)	1.4	1.6	2.0	17	2.8 *	650*	115-120	1200-1300	1

^bIngesta Dietética de Referencia, Instituto de Medicina de EUA (DRIs)⁵
AI o IDS ingesta adecuada (*)

Anexo E. Tabla de recomendaciones de ingesta diaria de aminoácidos esenciales

Edad y sexo	Histidina ^b (mg)	Isoleucine ^b (mg)	Leucina ^b (mg)	Lisina ^b (mg)	Metionina+cisteina ^b (mg)	Fenilalanina + tirosina ^b (mg)	Treonina ^b (mg)	Triptofano ^b (mg)	Valina ^b (mg)
Niños (as)									
0-6 meses	36*	88 *	156 *	107 *	59 *	135*	73 *	28 *	87 *
7- 12 meses	32	43	93	89	43	84	49	13	58
1-3 años	21	28	63	58	28	54	32	8	37
4-8 años	16	22	49	46	22	41	24	6	28
Hombres									
9-13 años	17	22	49	46	22	41	24	6	28
14-18	15	21	47	43	21	38	22	6	27
19-50 años	14	19	42	38	19	33	20	5	4
51- >70 años	14	19	42	38	19	33	20	5	4
Mujeres									
9-13 años	15	21	47	43	21	38	22	6	27
14-18 años	14	19	44	40	19	35	21	5	24
19-50 años	14	19	42	38	19	33	20	5	4
51- >70 años	14	19	42	38	19	33	20	5	4
Embarazo	18	25	56	51	25	44	26	7	31
Lactancia	19	30	62	52	26	51	30	9	35

^aValores de referencia (IDR e IDS) de nutrimentos inorgánicos para la población mexicana

^b Ingesta dietética de referencia Instituto de Medicina de EUA (DRIs)⁵
AI o IDS ingesta adecuada (*)

