

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de **Ayuda Alimentaria y Generación de Capacidades** **2012-2013**

Lo que se mide **se puede mejorar**

www.coneval.gob.mx



Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Investigadores académicos 2010-2014

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres
El Colegio de México

Agustín Escobar Latapí
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Occidente

Salomón Nahmad Sittón
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

John Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis
Universidad Iberoamericana

Secretaría Ejecutiva

Gonzalo Hernández Licona
Secretario Ejecutivo

Thania Paola de la Garza Navarrete
Directora General Adjunta de Evaluación

Ricardo C. Aparicio Jiménez
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Edgar A. Martínez Mendoza
Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz
Director General Adjunto de Administración

Colaboradores

Equipo técnico

Gonzalo Hernández Licona
Thania Paola de la Garza Navarrete
Manuel Triano Enríquez
Alice Zahí Martínez Treviño
Manuel Francisco Lemas Valencia

Consultores externos

Evelyne Eugenia Rodríguez Ortega y Elvira Mireya Pasillas Torres del Hospital Infantil de México
Federico Gómez

Agradecimientos

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social agradece la colaboración de la Dirección General de Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales de la Secretaría de Desarrollo Social, la Dirección General de Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud y la Dirección General de Evaluación de Políticas de la Secretaría de Educación Pública en la revisión de este documento.

Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Ayuda Alimentaria y Generación de Capacidades, 2012-2013.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo social
Boulevard Adolfo López Mateos 160
Colonia San Ángel Inn
CP. 01060
Delegación Álvaro Obregón
México, DF.

Citación sugerida:
Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Evaluación Integral del Desempeño de los Programas Federales de Ayuda Alimentaria y Generación de Capacidades, 2012-2013*, México, DF.
CONEVAL, 2014.

Contenido

GLOSARIO.....	5
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 1. ANÁLISIS GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA QUE ATIENDE EL GRUPO TEMÁTICO	11
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA DE LOS PROGRAMAS DEL GRUPO COMO INSTRUMENTO PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA	19
CAPÍTULO 3. LOGROS Y FORTALEZAS DE LOS PROGRAMAS	30
CAPÍTULO 4. RETOS Y RECOMENDACIONES.....	31
CAPÍTULO 5. BUENAS PRÁCTICAS EXTERNAS	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS	48

Glosario

Anemia	Nivel bajo de hemoglobina en sangre.
Complementariedad	Dos o más programas son complementarios cuando atienden a la misma población, pero los apoyos son diferentes; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, pero atienden a una población distinta.
Coincidencia	Hay coincidencias entre dos o más programas cuando sus objetivos son similares; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, y atienden a la misma población.
Desnutrición infantil	Resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada. Tiene como consecuencia bajo peso y afectación al desarrollo y sistema inmunológico, por lo que aparecen enfermedades infecciosas como causas inmediatas.
Diagnóstico	Documento de análisis que busca identificar el problema que se pretende resolver y detallar sus características relevantes, y de cuyos resultados se obtienen propuestas de atención.
Enfermedades crónicas o no transmisibles	Enfermedades que no se transmiten de persona a persona. Los cuatro tipos principales son: enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y diabetes.
Evaluación	Análisis sistemático e imparcial de una intervención pública cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad.
Línea de Bienestar	Equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes.

Línea de Bienestar Mínimo	Equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes.
Malnutrición	Alimentación inadecuada, por defecto (desnutrición), exceso o ingesta de alimentos no saludables (sobrepeso y obesidad).
Matriz de Indicadores para Resultados (Matriz de Marco Lógico)	Resumen de un programa en una estructura de una matriz de cuatro filas por cuatro columnas mediante la cual se describe el fin, el propósito, los componentes y las actividades, así como los indicadores, los medios de verificación y supuestos para cada uno de los objetivos.
Monitoreo	Proceso continuo que usa la recolección sistemática de información, como indicadores, estudios, diagnósticos, entre otros, para orientar a los servidores públicos acerca de los avances en el logro de objetivos de una intervención pública respecto a los resultados esperados.
Obesidad	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una persona con sobrepeso tiene un índice de masa corporal (relación entre el peso y la talla) igual o superior a treinta.
Padrón de beneficiarios	Relación oficial de beneficiarios que incluye a las personas atendidas por los programas federales de desarrollo social cuyo perfil socioeconómico se establece en la normativa correspondiente.
Población atendida	Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.
Población objetivo	Población que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normativa.
Población potencial	Población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, por lo tanto, pudiera

Pobreza

ser elegible para su atención.

Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.

Pobreza extrema

Una persona está en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias, de seis posibles, dentro del Índice de Privación Social y, además, se encuentra por debajo de la Línea de Bienestar Mínimo. Las personas en esta situación disponen de un ingreso tan bajo que, aun si lo dedicasen por completo a la adquisición de alimentos, no podrían adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana.

Pobreza moderada

Una persona está en situación de pobreza moderada cuando, siendo pobre, no se encuentra en pobreza extrema. La incidencia de pobreza moderada se obtiene al calcular la diferencia entre la incidencia de la población en pobreza menos la de la población en pobreza extrema.

Pobreza multidimensional

Es la misma definición de pobreza descrita en este glosario, la cual se deriva de la medición de la pobreza en México que define la Ley General de Desarrollo Social. La palabra multidimensional se refiere a que la metodología de medición de pobreza utiliza varias dimensiones o factores económicos y sociales en su concepción y definición.

Programa social

Programas presupuestarios de modalidad S (reglas de operación) o U (otros programas de subsidios).

Salud

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no

	solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
Seguridad alimentaria	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.
Seguridad nutricional	Capacidad de un hogar de asegurar una vida saludable para todos los miembros en cualquier momento.
Recomendaciones	Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas identificados en evaluaciones externas, cuyo propósito es contribuir a la mejora del programa.
Reglas de operación	Conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar un programa con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.
Retos	Aspectos del diseño, implementación, gestión y resultados que las entidades y dependencias pueden mejorar debido a que son considerados áreas de oportunidad.
Sobrepeso	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una persona con sobrepeso tiene un índice de masa corporal (relación entre el peso y la talla) igual o superior a 25.

Introducción

Con el propósito de contribuir a mejorar el diseño de políticas públicas, al ofrecer una visión del contexto y las interacciones entre diversos programas sociales federales, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realiza las evaluaciones integrales sobre veintidós temáticas sociales.

La evaluación integral facilita una valoración general del desempeño de los programas que conforman la temática al interpretar los resultados en un contexto más amplio.

Este documento presenta la evaluación integral del desempeño de los cuatro programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades en 2012,¹ fue elaborado con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013² realizadas por la doctora Evelyne Rodríguez del Hospital Infantil de México Federico Gómez y otras fuentes externas de información pertinente.

La evaluación está organizada en cinco capítulos:

- Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático. De manera sucinta, se describe el conjunto de problemas que los programas considerados buscan resolver o contribuir a ello.
- Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática. Se estudia la conveniencia de los programas respecto a

¹ El periodo evaluado es 2012, por lo que algunos de los retos citados pueden haber sido atendidos o estar en proceso de ello. De conformidad con el numeral 22 de los Mecanismos para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la administración pública federal, las dependencias deben publicar en sus páginas de internet los avances en la materia; por ello, para saber el estado en el que se encuentran los retos mencionados deberá consultarse la página institucional de cada una de éstas.

² Las evaluaciones específicas del desempeño 2012-2013 cuentan con opiniones de las dependencias cuyos programas fueron evaluados. Dichas opiniones institucionales pueden clarificar algunos aspectos presentados en esta evaluación y están disponibles en <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>

la problemática que buscan contribuir a solucionar y se identifica su vinculación y algunos de sus principales efectos o externalidades.

- Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto. Se valoran los resultados de los programas con una visión integral y se incluyen sus avances en términos de la problemática que intentan solventar.
- Retos y recomendaciones generales del grupo evaluado. Se identifican áreas de oportunidad de los programas derivadas de evaluaciones externas que sean factibles en función de atender la problemática.
- Buenas prácticas externas. Se señalan las buenas prácticas en cuanto al diseño, operación o evaluación de programas similares desarrollados en México u otros países, y se destacan las que puedan mejorar el desempeño de los programas.

Los programas analizados están a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública (SEP) (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2012-2013

Modalidad	Programa	Acrónimo	Dependencia	Estatus programático 2014
S072	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	PDHO	Sedesol / SALUD / SEP	Sin cambios
S118	Programa de Apoyo Alimentario	PAL	Sedesol	Sin cambios
S053	Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V.	PAR	Sedesol	Sin cambios
S052	Programa de Abasto Social a cargo de Liconsa, S.A. de C.V.	PASL	Sedesol	Sin cambios

Fuente: Elaboración propia con base en las Evaluaciones Específicas de Desempeño 2012-2013 y en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social, 2014.

Capítulo 1. Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático

En este capítulo se presenta la situación en materia alimentaria que se vive en México. En primer lugar, se describen indicadores relativos a la medición de la pobreza y la carencia alimentaria. Posteriormente, se analizan las prevalencias en niños menores de cinco años³ de talla baja para la edad, peso bajo para la edad y anemia, así como de sobrepeso y obesidad.

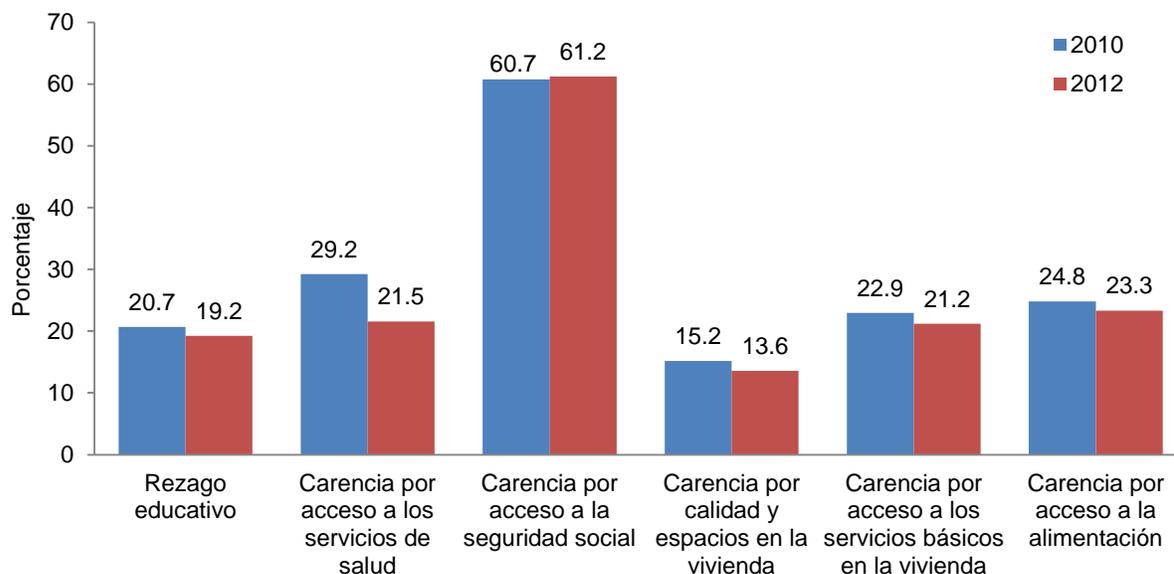
POBREZA Y CARENCIA ALIMENTARIA

En 2012, 45.5 por ciento de los mexicanos se encontraban en situación de pobreza, de los cuales 35.7 estaban en pobreza moderada y 9.8, en pobreza extrema (CONEVAL, 2012). Además, 74.1 por ciento tenían al menos una carencia social y 23.9, al menos tres carencias sociales. De 2010 a 2012, en cinco de las seis carencias sociales se mostró una disminución del porcentaje de personas que las padecían, a excepción de la carencia por acceso a la seguridad social.

La carencia por acceso a la alimentación se redujo de 2010 a 2012, al pasar de 24.8 por ciento en 2010 a 23.3 en 2012 (ver gráfica 1).

³ Debe señalarse que este grupo etario es uno de los más vulnerables, ya que problemas nutricionales en estas edades pueden tener repercusiones no reversibles sobre el desarrollo físico y cognoscitivo y aumentar la propensión a sufrir infecciones.

Gráfica 1. Porcentaje de la población que presenta carencias sociales, México, 2010-2012



Fuente: Elaboración propia con base en Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) 2010 y 2012.

DESNUTRICIÓN INFANTIL

Las consecuencias de la desnutrición en el desarrollo físico e intelectual del niño pueden ser irreversibles si no se actúa con oportunidad y, en el caso de la desnutrición aguda severa o emaciación (peso bajo para la talla), conlleva un alto riesgo de mortalidad.

Los indicadores usados de desnutrición infantil en niños menores de cinco años son la desnutrición crónica o desmedro (talla baja para la edad), la desnutrición aguda o emaciación (peso bajo para la talla) y la prevalencia de peso bajo para la edad.⁴

El indicador de emaciación refleja un proceso reciente y grave de pérdida de peso, asociado con frecuencia a inanición aguda o a una grave enfermedad (ONU, 2007).

⁴ A nivel internacional, el indicador de desnutrición más usado para niños es el de peso bajo para la edad, el cual mide el crecimiento deficiente acumulado asociado con factores de largo plazo, como la insuficiencia crónica de ingestión diaria de proteínas. Este indicador tiene la desventaja de que no permite distinguir entre los niños de estatura baja con peso corporal suficiente y los niños altos y delgados (ONU, 2007).

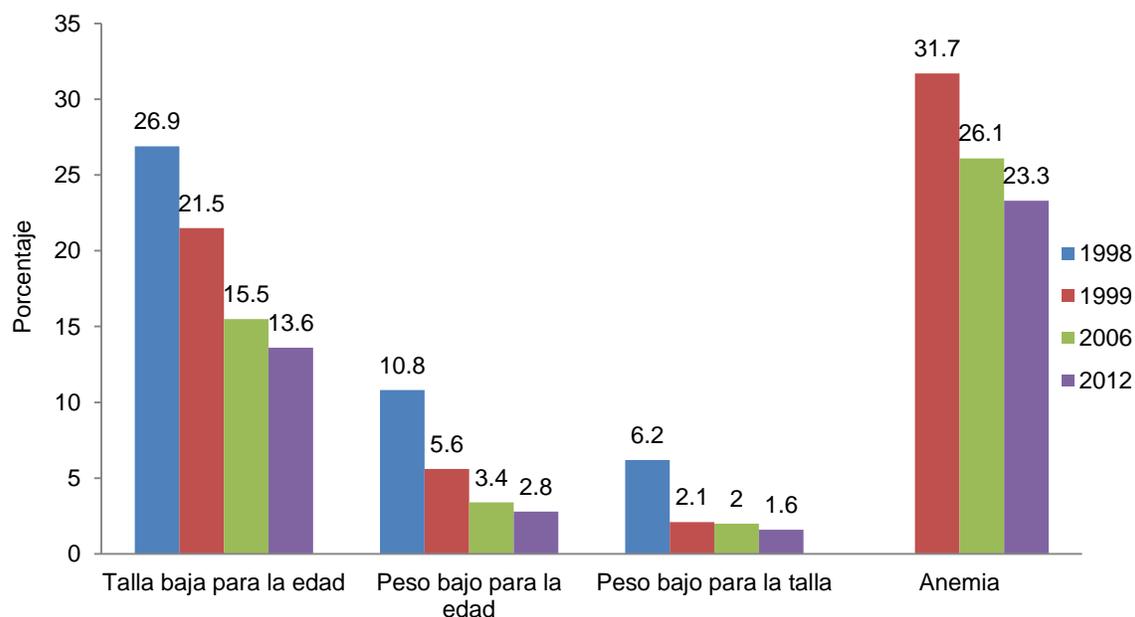
Otro indicador de desnutrición es la prevalencia de anemia.⁵ El cincuenta por ciento de los casos de anemia son causados por deficiencia de hierro y suele ser más frecuente en los niños debido a un mayor requerimiento de este mineral determinado por el crecimiento. Esta deficiencia nutricional puede afectar el crecimiento, reducir el desarrollo motor y cognitivo, y aumentar la morbimortalidad por diversas causas.

De 1988 a 2012, la prevalencia de peso bajo para la edad pasó de 10.8 a 2.8 por ciento. En relación con el peso bajo para la talla, en 1988, la incidencia fue de 6.2 por ciento y, en 2012, ésta disminuyó a 1.6 (INSP, 2012b).

En el mismo periodo, la prevalencia de talla baja para la edad se redujo 13.3 puntos porcentuales y quedó en 13.6 por ciento. Por su parte, la prevalencia de anemia también descendió de 1999 a 2012 en 8.4 puntos porcentuales. Sin embargo, ésta sigue siendo alta, ya que 23.3 por ciento de los niños menores de cinco años la padece (INSP, 2012b) (ver gráfica 2).

⁵ La anemia se define como un nivel bajo de hemoglobina en sangre. El hierro en la molécula de hemoglobina fija el oxígeno en los pulmones y lo libera en los tejidos, en los que el oxígeno genera energía para el cuerpo. El principal síntoma clínico de anemia es la palidez y el síntoma físico es la fatiga.

Gráfica 2. Prevalencias de desnutrición en niños menores de cinco años, México, 1988-2012



Fuente: Elaborada por la doctora Evelyne Rodríguez para el CONEVAL con base en la ENSANUT 2012.

La desnutrición en los niños menores de cinco años no es exclusiva de los estratos más bajos, aunque sí ocurre con mayor frecuencia en esos niveles socioeconómicos y en las zonas rurales. En ese sentido, no todos los niños en hogares en los niveles socioeconómicos más bajos reportan problemas de desnutrición. En el primer decil de ingresos, 68.9 por ciento de los niños de esos hogares no tienen talla baja; 98.3 no presentan emaciación; 93.0 no tienen peso bajo; y 70.7 no padecen anemia. Asimismo, en el decil dos, 80.5 por ciento de los niños no tienen talla baja; 98.0 no reportan emaciación; 95.2 no tienen peso bajo; y 73.4 no padecen anemia (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Prevalencias de desnutrición de niños menores de cinco años por zona y nivel socioeconómico, México, 2012

Deciles de ingreso	Talla baja para la edad (desmedro)			Peso bajo para la talla (emaciación)			Peso bajo para la edad			Anemia		
	Rural	Urbano	Nacional	Rural	Urbano	Nacional	Rural	Urbano	Nacional	Rural	Urbano	Nacional
1	33.7%	26.0%	31.1%	2.3%	0.4%	1.7%	8.5%	4.2%	7.0%	30.0%	27.9%	29.3%
2	25.3%	14.3%	19.5%	1.5%	2.5%	2.0%	6.0%	3.6%	4.8%	25.7%	27.4%	26.6%
3	19.4%	17.6%	18.2%	2.9%	1.9%	2.3%	3.7%	4.9%	4.4%	23.2%	24.1%	23.8%
4	11.8%	12.9%	12.6%	1.5%	2.9%	2.5%	1.2%	2.4%	2.1%	26.6%	24.8%	25.3%
5	15.2%	10.6%	11.7%	2.2%	0.9%	1.2%	2.0%	1.5%	1.6%	23.1%	23.5%	23.4%
6	8.3%	12.4%	11.6%	0.7%	1.2%	1.1%	2.3%	1.2%	1.4%	17.0%	20.4%	19.7%
7	8.3%	8.2%	8.2%	2.8%	0.5%	0.8%	2.6%	1.3%	1.5%	22.8%	26.4%	25.9%
8	17.5%	5.5%	6.8%	0.7%	1.2%	1.2%	1.2%	1.5%	1.5%	21.6%	18.5%	18.8%
9	6.3%	8.4%	8.3%	1.6%	0.9%	1.0%	1.0%	2.4%	2.3%	32.0%	19.4%	20.3%
10	6.3%	7.5%	7.5%	5.8%	2.3%	2.5%	1.0%	1.4%	1.4%	7.6%	18.7%	18.2%
Total	20.9%	11.1%	13.6%	2.0%	1.4%	1.6%	4.6%	2.2%	2.8%	25.2%	22.6%	23.3%

Fuente: Elaborada por la doctora Evelyne Rodríguez para el CONEVAL con base en la ENSANUT 2012.

Ello podría ser un indicio de que: a) el ingreso podría no ser el único determinante de la desnutrición; b) que la seguridad nutricional es multifactorial; y c) que la atención y solución de la desnutrición requiere estrategias focalizadas en el caso de talla baja y peso bajo, pero generalizadas para anemia.

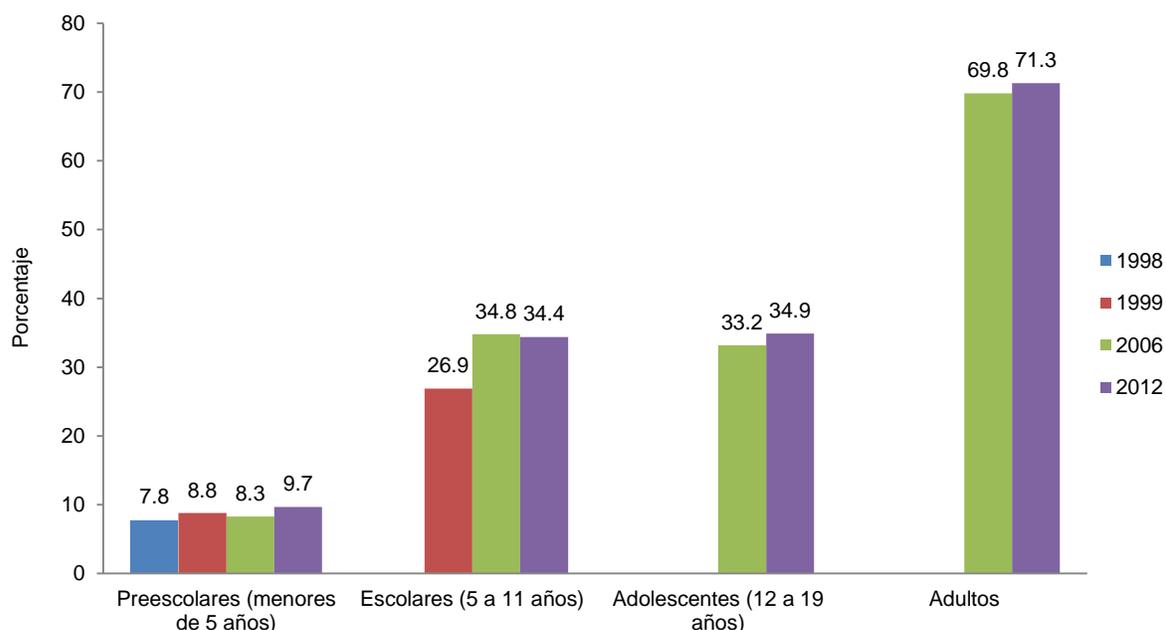
SOBREPESO Y OBESIDAD

Las tasas crecientes de sobrepeso y obesidad en la población son una problemática de salud pública igual de importante que la desnutrición. La coexistencia de desnutrición con sobrepeso y obesidad no sólo a nivel de comunidad, sino también de hogar, impone retos adicionales en la política pública.

En hombres, los porcentajes fueron de 42.6 con sobrepeso y 26.8 con obesidad, y en mujeres, 35.5 y 37.5, respectivamente (INSP, 2012b). La población que presentó sobrepeso y obesidad en 2012, por grupos de edad, fue de 9.7 por ciento de los menores de cinco años; 34.4 de los menores en edad escolar (de cinco a once años); 35 por ciento

de los adolescentes (de doce a diecinueve años); y 71.3 de los adultos (mayores de veinte años). La evolución de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en diferentes grupos de edad indican que, a excepción del grupo de los niños en edad escolar, todos los grupos observaron un incremento de 2006 a 2012 (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Prevalencias de sobrepeso y obesidad en diferentes grupos de edad, México, 1988-2012



Fuente: Elaborada por la doctora Evelyn Rodríguez para el CONEVAL con datos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2012a y 2006) y la ENSANUT 2012.

Notas: El dato de 2006 de adultos se obtuvo a través del cálculo de un promedio ponderado de las prevalencias de mujeres y hombres adultos, ya que el INSP, 2006 sólo presenta las prevalencias por sexo, pero no la total.

La ENSANUT 1988 y la de 1999 sólo levantaron información para mujeres en edad fértil (de doce a cuarenta y nueve años).

La obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la *Diabetes mellitus* y las enfermedades cardiovasculares, las cuales se colocan entre las principales causas de mortalidad general en México (INSP 2012c).

En 2008 se estimó que los costos atribuibles a la obesidad en México fueron equivalentes a trece por ciento del gasto total en salud (0.3 por ciento del PIB). También, que de no

aplicar intervenciones preventivas o de control costo efectivo sobre la obesidad y sus comorbilidades (hipertensión, *Diabetes mellitus* tipo dos, enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y cáncer colorrectal), los costos directos podrían duplicarse en una década y los indirectos, aumentar hasta en tres veces en el mismo periodo (INSP 2012c).

SOBREPESO, OBESIDAD Y SU COEXISTENCIA CON LA DESNUTRICIÓN

En México prevalece una polaridad en las condiciones de malnutrición, ya que en los mismos grupos de población coexisten la desnutrición y el sobrepeso y obesidad, situación que impone retos importantes en el diseño e implementación de las políticas públicas, en particular de las alimentarias.

En el grupo etario de menores de cinco años, tanto la obesidad y el sobrepeso coexisten con el bajo peso en todos los niveles socioeconómicos (ver cuadro 3). Para todos los deciles de ingreso, las prevalencias de sobrepeso y obesidad son mayores que las de peso bajo para la edad. Incluso, los niños beneficiarios del PDHO, en el decil más bajo, tienen una prevalencia de sobrepeso y obesidad más alta que los que no son beneficiarios de ese programa o de algún otro programa alimentario.

Cuadro 3. Prevalencias de peso bajo y de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años por nivel socioeconómico y pertenencia a Oportunidades, México, 2012

Deciles de ingreso	Peso bajo para la edad				Sobrepeso y obesidad			
	Con PDHO	Sin PDHO	Sin ningún programa alimentario	Nacional	Con PDHO	Sin PDHO	Sin ningún programa alimentario	Nacional
1	7.4%	7.1%	7.2%	7.0%	10.6%	8.7%	8.9%	9.8%
2	3.7%	5.1%	4.2%	4.8%	8.2%	9.7%	9.4%	9.3%
3	6.4%	3.2%	3.2%	4.4%	7.4%	8.2%	8.5%	8.0%
4	1.5%	2.3%	2.4%	2.1%	11.2%	7.4%	7.6%	8.5%
5	2.0%	0.9%	0.9%	1.6%	13.6%	11.8%	11.9%	13.3%
6	2.7%	1.2%	1.2%	1.4%	10.6%	8.6%	8.7%	9.3%
7	0.9%	1.4%	1.4%	1.5%	7.8%	8.0%	8.2%	8.3%
8	0.0%	1.9%	2.0%	1.5%	9.7%	8.1%	8.5%	8.2%
9	1.9%	2.3%	0.7%	2.3%	9.4%	12.2%	13.3%	12.4%
10	1.2%	0.7%	0.7%	1.4%	16.6%	8.9%	9.1%	10.5%
Total	3.4%	2.5%	2.3%	2.8%	10.1%	9.1%	9.4%	9.7%

Fuente: Elaboración por Evelyne Rodríguez del Hospital Infantil de México Federico Gómez para CONEVAL con base en la ENSANUT 2012.

Nota: Sin PDHO se refiere a que no tiene Oportunidades, pero podría ser o no beneficiario de otro programa alimentario, incluidos PAL o PASL. Sin ningún programa alimentario se refiere sin Oportunidades, PAL o PASL. El PAR no tiene beneficiarios en términos de personas.

Capítulo 2. Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática

Los cuatro programas evaluados tienen como objetivo favorecer el desarrollo de capacidades de los beneficiarios al mejorar su nutrición y contribuir a la superación intergeneracional de la pobreza en familias que viven en situación de pobreza (en el anexo 2 se detalla cada uno de los grupos y ámbitos de atención, los bienes y/o servicios otorgados, el tipo de apoyo y las entidades federativas en las que operan los programas) (cuadro 4).

Cuadro 4. Programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2012

Programa	Objetivos
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	Favorecer el desarrollo de las capacidades asociadas a la educación, salud y nutrición de las familias beneficiarias para contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de la pobreza. Consta de tres componentes: 1) Educativo: becas escolares y apoyos para útiles escolares desde 3ro de primaria hasta tercero de preparatoria, y desde primero de primaria en zonas rurales, condicionados a la asistencia a la escuela; b) salud: proporciona gratuitamente el Paquete Básico Garantizado de Salud a todos los miembros del hogar y provee educación en higiene, nutrición y salud; c) alimentario: transferencias monetarias: alimentaria (que suma el energético en 2012), alimentaria e infantil Vivir Mejor, y adultos mayores, y suplementos alimenticios a niños y mujeres embarazadas o en lactancia. Estos apoyos están condicionados a acciones de salud de todo el hogar.
Programa de Apoyo Alimentario	Contribuir al desarrollo de las capacidades básicas de los beneficiarios mediante acciones que permitan mejorar su alimentación y nutrición, y como específico, mejorar la alimentación y la nutrición de las familias beneficiarias, en particular de los niños y las niñas menores de cinco años. Focaliza a familias cuyo ingreso mensual per cápita está por debajo de la Línea de Bienestar Mínimo y que no sean beneficiarias del programa Oportunidades. El programa opera en localidades rurales y urbanas, incluyendo aquellas con Oportunidades, siempre que no haya disponibilidad de servicios de salud y educación para incorporarlos a este último.
Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, SA	Contribuir a mejorar la nutrición como una capacidad básica de la población rural mediante el abasto de alimentos. Abastece a localidades rurales de alta y muy alta marginación con productos básicos y complementarios económicos y de calidad, en forma eficaz y oportuna. Realiza una transferencia de ingreso vía un

de CV	subsidio al precio a las personas que compran en sus tiendas cuyo monto depende de su consumo y del diferencial de precios de los productos que compran en las tiendas Diconsa contra los de las alternativas locales de abasto. El PAR está dirigido a las localidades de alta y muy alta marginación de entre 200 y 2,500 habitantes que no cuenten con abasto local suficiente y adecuado, aunque también atiende a localidades sin estas características, cuyas tiendas se abrieron con reglas de operación de años anteriores.
Programa de Abasto Social a cargo de Liconsa, SA de CV	Contribuir al desarrollo de capacidades básicas mejorando la nutrición y alimentación de la población que se encuentra por debajo de la Línea de Bienestar y para ello vende leche fortificada a un precio menor a su costo total. Está dirigido a los siguientes grupos de edad de dichos hogares: niños de seis meses a doce años, mujeres adolescentes de trece a quince años, mujeres en periodo de gestación o lactancia, mujeres mayores de cuarenta y cinco años, adultos de sesenta años y más, y los enfermos crónicos y personas con discapacidad mayores de doce años. También se atiende por convenios interinstitucionales.

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

Como puede observarse, a pesar de que el PDHO es el programa más integral, sólo aborda algunas de las condiciones necesarias para la seguridad nutricional. Por su parte, Liconsa, PAR y PAL se enfocan sólo en el consumo alimentario para mejorar el estado nutricional de los individuos dentro del hogar; de acuerdo con sus indicadores, los menores de cinco años son su grupo prioritario. La eficacia de los programas en relación con su incidencia en la desnutrición es analizada a continuación por cada uno de sus componentes.

TRANSFERENCIAS DE INGRESO

Todos los programas otorgan transferencias de ingreso, sólo que lo hacen a través de diferentes vías: PDHO y PAL con transferencias monetarias y en especie, y Liconsa y Diconsa por medio de un subsidio al precio de venta de productos.

Las evaluaciones realizadas al PDHO señalan que los hogares beneficiarios destinan el ingreso adicional a mejorar la cantidad y calidad de la dieta, en particular de los miembros más vulnerables, con resultados favorables en los indicadores de nutrición. Esto significa que el programa tiene un impacto positivo en nutrición, aunque las evaluaciones no

pueden distinguir si esto es sólo resultado de un efecto del ingreso o del resto de los componentes del programa, como las pláticas y la asistencia a los servicios de salud.

Debe señalarse que no todos los hogares dentro de la población objetivo de estos programas tienen problemas de consumo alimentario. Existen hogares en los primeros dos deciles de ingreso que no reportaron ser beneficiarios de programas alimentarios y cuentan con mecanismos o condiciones que permitirían que sus miembros menores de cinco años no tuvieran problemas de desnutrición.

COMPLEMENTOS NUTRICIONALES Y LECHE

Los complementos nutricionales del PDHO y el PAL se otorgan en especie⁶ y buscan resolver el problema de distribución desigual de alimentos dentro de la familia, así como la deficiencia de micronutrientes en población vulnerable (mujeres embarazadas y lactantes y menores de cinco años), y las deficiencias calóricas y proteínicas. Para ello, deben ser preparados y consumidos adecuadamente por esta población, y complementar y no sustituir otro tipo de alimentos; lo mismo aplica para el caso de la leche.

En el PDHO, la educación para la salud, nutrición e higiene y el monitoreo del estado de salud y su retroalimentación a la madre son importantes para ello. En el PAL no parece haber condiciones de acceso a los servicios para que esto suceda; de hecho, tampoco se establece que los hogares reciban información sobre la preparación y el consumo adecuado de los suplementos. En Liconsa no existe ninguna orientación a los hogares al respecto. En cuanto a las evaluaciones realizadas a cada uno, convendría determinar si ellos proporcionan tanto la información que previene o atiende la desnutrición y la anemia como otros componentes que puedan aminorar el sobrepeso y la obesidad.

ACCIONES DE SALUD

La asistencia de los miembros del hogar a los servicios de salud, establecida en el PDHO y el PAL (aunque con diferencias sustantivas en periodicidad, acciones y condicionalidad),

⁶ A partir de las reglas de operación para el ejercicio fiscal 2013, el PAL eliminó de su esquema de apoyos aquellos que son en especie y sólo considerara los monetarios no condicionados.

tiene el objetivo de prevenir, detectar y resolver oportunamente enfermedades y proveer información a los beneficiarios sobre su estado de salud.

La educación a las madres otorgada en el PDHO tiene el propósito de mejorar su conocimiento sobre qué alimentos comprar y cómo prepararlos; medidas de higiene básicas y cómo detectar y resolver a tiempo problemas de salud (como enfermedades gastrointestinales). Para que estas acciones propicien algún cambio sobre el estado de salud, los miembros de los hogares deben asistir a los servicios de salud. Éstos, por su parte, deben contar con las condiciones de personal, insumos y calidad que les permitan tener capacidad resolutiva para prevenir, detectar y resolver adecuada y oportunamente sus problemas de salud, así como otorgar información y retroalimentación apropiada sobre hábitos de higiene, nutrición y salud. Al respecto, las evaluaciones del PDHO muestran que la calidad de los servicios de salud es muy heterogénea y muestra deficiencias importantes (Arroyo, *et al*, 2008).

La justificación de la existencia del PAL y de la coexistencia del PAL y el PDHO aun en localidades pequeñas es la falta de certificación de acceso a servicios de salud para esas poblaciones. Ello implicaría que la condicionalidad del PAL de asistencia a los servicios de salud no es coercible; o bien, que si los beneficiarios asisten, no reciben servicios de salud oportunos y de calidad. De hecho, en las reglas de operación 2011 se eliminó la inasistencia a los servicios de salud como causal de suspensión de apoyos, por lo que no hay un condicionamiento al respecto. La remoción de esta condicionalidad se debió a que gran parte de los beneficiarios del PAL tienen un acceso difícil a dichos servicios. Sin embargo, habría que estudiar la existencia de acciones alternativas en el ámbito de la alimentación.

Esta certificación parcial o nula en localidades de todo tamaño, en la que se ha justificado la presencia del PAL más allá de localidades rurales dispersas, también revela una divergencia con las cifras oficiales de población con acceso a salud de la Secretaría de Salud y con el incremento tan significativo de recursos destinados a los servicios de salud en los últimos años, principalmente a través del Seguro Popular.

DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS A NIVEL LOCAL

Diconsa está dirigido a las localidades de alta y muy alta marginación de entre 200 y 2,500 habitantes que no cuenten con abasto local suficiente y adecuado. Sin embargo, parece no existir evidencia suficiente para refutar o afirmar que en México hay problemas de acceso físico a alimentos en los ámbitos nacional y local y, por tanto, la disponibilidad no constituye un factor que explique la desnutrición en el país. Realizar estudios que aporten evidencia empírica al respecto es un área de oportunidad para los distintos actores involucrados en la toma de decisiones del sector.

La disponibilidad de alimentos a nivel local depende tanto de la oferta como de la demanda. En la primera debe considerarse la autoproducción, la producción local y los diferentes canales de comercialización que llevan productos primarios e industrializados de otras regiones. También, las conductas de los vendedores y la estructura de la oferta de los puntos de venta (por ejemplo, costos de apertura e instalación, regulaciones locales, etcétera) pueden explicar las variaciones entre regiones y localidades del tipo de alimentos y los establecimientos que los ofrecen. Respecto a la demanda, la conducta del consumidor y sus preferencias, y no sólo su poder adquisitivo, pueden revelar las diferencias en los tipos de alimentos que se proporcionan en diferentes zonas geográficas.

Por otro lado, la entrega periódica de transferencias en efectivo del PDHO y de otros programas de transferencia de ingreso ha provisto de mayor poder de compra y negociación a la población más pobre del país y ha significado una inyección de liquidez en las localidades y regiones beneficiarias. A la fecha, no se ha estudiado su impacto en la demanda local de bienes y servicios y, por tanto, en el desarrollo de los mercados locales. En 2012, la derrama anual de recursos líquidos monetarios a las familias beneficiarias del PDHO fue de 56,948.6 millones de pesos, que refuerza la idea de que se dinamizaron las economías más marginadas del país.⁷

⁷ Cálculos de Evelyne Rodríguez del Hospital Infantil de México Federico Gómez para el CONEVAL con base en la información del Presupuesto de Egresos de la Federación 2012, el gasto ejercido del PDHO del Sistema de Evaluación Específica de Desempeño (SIEED) y la Cuenta Pública Federal 2012. Al monto total ejercido reportado en el SIEED (66,092.1 millones de pesos) se le restó el monto presupuestado para la Secretaría de Salud (5,544.2 millones de pesos) y los

A la par de los programas alimentarios y de transferencia de ingreso de la Sedesol (y de otras secretarías), la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Social, Pesca y Alimentación y otras dependencias también cuentan con programas denominados de “tipo productivo” con objeto de aumentar el capital físico, la productividad, la producción y el acceso a los mercados de los productores rurales, a los cuales también se les han asignado recursos crecientes y muy significativos.

Así, la confluencia, por un lado, de una mayor demanda de bienes y servicios por parte de las familias beneficiarias del PDHO y de otros programas de transferencias de ingreso monetarias (como PAL, Adultos Mayores, entre otros) y, por el otro, de una mayor oferta de productos (promovida por el mismo aumento en la demanda y por los programas públicos para impulsar la oferta de bienes y productos en el sector rural, en especial del agropecuario) debería, en principio, generar mercados locales más dinámicos y competitivos, incluyendo los de venta de alimentos e incentivando incluso el mercado laboral. Por ello, se recomienda que la hipótesis central para la presencia de Diconsa, que es por abasto insuficiente, se considere de forma explícita en la definición de población objetivo y potencial de ese programa, y se evalúe con criterios objetivos para cada localidad.

Aun resolviendo los aspectos mencionados, se requiere una estrategia más amplia con acciones complementarias de diferentes sectores, que comprendan acciones para mejorar la cobertura, calidad y capacidad resolutive de los servicios de salud, infraestructura básica tanto pública como a nivel del hogar (agua potable, saneamiento y electricidad), mejores condiciones de la vivienda (letrinas, pisos firmes, electricidad) y educación en higiene y alimentación (en centros de salud y escuelas, y a padres de familia). Además, infraestructura de comunicaciones y transportes, desarrollo de mercados competitivos y programas de tipo productivo, que mejoren la oferta y el acceso de alimentos en el ámbito local.

gastos de servicios personales y de operación (3,599.3 millones de pesos) de la Coordinación Nacional del PDHO reportados en la Cuenta Pública 2012.

IMPORTANCIA DE LOS APOYOS EN EL INGRESO CORRIENTE Y LABORAL DE LOS HOGARES

Las transferencias del PDHO y de otros programas en el ingreso de los hogares representan un porcentaje muy importante del ingreso corriente monetario y del ingreso laboral.

En 2012, los apoyos por parte del PDHO de los hogares que se encontraban en el decil uno representaban en promedio 83.9 por ciento de su ingreso laboral y 47.8 de su ingreso total, mientras que para el decil dos, 34.3 por ciento de su ingreso laboral y 28.4 de su ingreso total. Si se considera el monto de las transferencias del PDHO y de otros programas sociales, éste representó en promedio 101.5 por ciento del ingreso laboral de las familias del primer decil y 48.8 de su ingreso laboral total (ver cuadro 5).

Estas cifras señalan que en el primer decil las transferencias sólo del PDHO equivalen a un poco más de cuatro quintas partes de los ingresos que esos hogares reciben por su trabajo; por ello, se considera fundamental evaluar los efectos que los niveles de apoyos actuales del PDHO y en su conjunto están teniendo sobre la participación laboral.

Cuadro 5. Transferencias del PDHO, montos mensuales y participación del ingreso corriente monetario y el ingreso laboral monetario, México, 2010-2012

Deciles	Ingreso corriente monetario (ICM)			Ingreso laboral monetario (IL)			Transferencias de Oportunidades			Transferencias de otros programas sociales			Transferencias de Oportunidades como % del IL		Transferencias de los programas sociales como % del ICM		Transferencias de los programas sociales como % del IL	
	2010	2012	2012/2010 real	2010	2012	2012/2010 real	2010	2012	2012/2010 real	2010	2012	2012/2010 real	2010	2012	2010	2012	2010	2012
1	1,762.0	1,728.5	-1.9%	800.3	813.6	1.7%	696.3	683.0	-1.9%	158.6	142.8	-9.9%	87.0%	83.9%	48.5%	47.8%	106.8%	101.5%
2	3,434.7	3,303.9	-3.8%	2,265.4	2,142.1	-5.4%	711.2	734.1	3.2%	207.8	203.8	-1.9%	31.4%	34.3%	26.8%	28.4%	40.6%	43.8%
3	4,894.3	4,713.1	-3.7%	3,571.2	3,430.8	-3.9%	734.0	702.4	-4.3%	190.3	203.3	6.9%	20.6%	20.5%	18.9%	19.2%	25.9%	26.4%
4	6,216.4	6,188.4	-0.5%	4,878.0	4,919.1	0.8%	749.9	719.3	-4.1%	149.1	144.0	-3.4%	15.4%	14.6%	14.5%	14.0%	18.4%	17.6%
5	7,535.9	7,395.0	-1.9%	6,173.8	6,076.6	-1.6%	688.6	713.2	3.6%	175.2	129.6	-26.0%	11.2%	11.7%	11.5%	11.4%	14.0%	13.9%
6	9,180.7	8,881.6	-3.3%	7,424.0	7,412.4	-0.2%	773.2	674.3	-12.8%	230.7	130.7	-43.3%	10.4%	9.1%	10.9%	9.1%	13.5%	10.9%
7	11,618.4	10,296.3	-11.4%	9,451.5	8,347.1	-11.7%	760.3	613.3	-19.3%	176.5	164.2	-7.0%	8.0%	7.3%	8.1%	7.6%	9.9%	9.3%
8	12,696.0	13,045.7	2.8%	10,512.6	11,469.4	9.1%	601.3	678.9	12.9%	255.9	143.5	-43.9%	5.7%	5.9%	6.8%	6.3%	8.2%	7.2%
9	16,134.9	16,907.1	4.8%	12,576.0	14,976.9	19.1%	626.6	622.3	-0.7%	812.0	186.1	-77.1%	5.0%	4.2%	8.9%	4.8%	11.4%	5.4%
10	32,880.6	56,441.1	71.7%	26,831.3	51,246.5	91.0%	575.9	1,146.8	99.1%	1,307.6	298.6	-77.2%	2.1%	2.2%	5.7%	2.6%	7.0%	2.8%
Total	5,033.7	5,338.6	6.1%	3,718.4	4,087.7	9.9%	715.7	702.0	-1.9%	192.5	165.8	-13.8%	19.2%	17.2%	18.0%	16.3%	24.4%	21.2%

Fuente: Elaboración de la doctora Evelyne Rodríguez para el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012.

Nota: Incluye sólo a los hogares que son beneficiarios de Oportunidades.

COBERTURA

En términos generales, los programas PASL, PAL y PDHO están dirigidos a la población pobre, aunque en cada caso se usan diferentes líneas de pobreza para establecer quién puede ser beneficiario del programa. De manera más específica, en 2012 la población⁸ a la que se dirigieron estos programas fue:

- PDHO y PAL: hogares pobres con cualquier composición demográfica que cumplan con alguna de las siguientes dos líneas de pobreza: Línea de Bienestar Mínimo y aquellos que presentan características socioeconómicas y de ingreso insuficientes para invertir en el desarrollo adecuado de las capacidades de sus integrantes. Además, los hogares del PDHO deben estar ubicados en localidades con acceso a servicios de salud y educación que permitan la operación de sus componentes. A partir de las reglas de operación 2012, ambos programas definieron que en las denominadas localidades de cobertura total (menores de cincuenta habitantes de alto y muy alto grado de rezago social) se haría una focalización geográfica, es decir, a toda la población y no por ingresos.
- PAR: población rural que habita en localidades de alta y muy alta marginación entre 200 y 2,500 habitantes; sin embargo, el programa también atiende a localidades fuera de esta definición debido a que fueron abiertas con reglas de operación anteriores.⁹
- Liconsa: población por debajo de la Línea de Bienestar de los siguientes grupos:
a) niñas y niños de seis meses a doce años de edad; b) mujeres adolescentes de trece a quince años; c) mujeres en gestación o lactancia; d) mujeres de cuarenta y

⁸ Las definiciones puntuales de la población potencial de los programas alimentarios pueden consultarse en las reglas de operación de cada uno. Véase: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/programa_de_desarrollo_humano_oportunidades_2012; http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5227082&fecha=28/12/2011; <http://www.diconsa.gob.mx/index.php/programa/programa-de-abasto-rural/reglas-de-operacion.html>; http://www.liconsa.gob.mx/wp-content/uploads/2012/06/reglas_liconsa_2012.pdf;

⁹ Actualmente, el PAR cuenta con tiendas Diconsa en 21,420 localidades (con 23,518 tiendas), de las cuales sólo 10,594 son localidades de alta y muy alta marginación de entre 200 y 2,500 habitantes.

cinco a cincuenta y nueve años; e) enfermos crónicos y personas con discapacidad; y f) adultos de sesenta y más años. Población que no sea beneficiaria del PDHO o el PAL. También atiende otra población con base en convenios institucionales.

En su conjunto, los cuatro programas tienen presencia en 117,613 localidades del país, es decir, 61.2 por ciento de todas las localidades.

COBERTURA A NIVEL LOCAL

El PDHO es el programa con mayor cobertura: 100,611 localidades; le sigue el PAL, con 43,818, Diconsa, con 22,850, y Liconsa, con 5,133 localidades.

Las localidades que atienden los programas están cubiertas de la siguiente manera: 59,640 exclusivamente por Oportunidades; 16,739 sólo por el PAL; 102 por Diconsa;¹⁰ y 12 por Liconsa; el resto, 41,120, son atendidas por más de un programa alimentario¹¹ (en el anexo 1 se presentan de manera específica la cobertura de cada uno de los programas por localidad).

En conclusión, los datos anteriores sugieren que: a) existe un esfuerzo muy importante para lograr cobertura en localidades rurales, lo que es un reto en un país como México, que tiene 188,590 localidades de este tipo, de las cuales 139,153 son de menos de cien habitantes; y b) la ausencia de una estrategia de cobertura geográfica de los esfuerzos.

En cuanto a la eficiencia en la cobertura, los cuatro programas alcanzaron en 2012 una eficiencia de cien por ciento o muy cercana a éste (98.16) como se muestra en el cuadro 6.

¹⁰ Hay que señalar que las localidades atendidas por Diconsa consideran el total donde hay tiendas Diconsa y no sólo las de su población objetivo (de 200 a 2,500 habitantes de alto y muy alto grado de marginación).

¹¹ Estas cifras provienen del cruce por localidad del catálogo de localidades del Censo 2010 y de las plantillas de población atendida a nivel localidad para el cierre de 2012 de cada uno de los programas. Cabe señalar que el Censo 2010 reporta un total de 298,721 localidades, de las cuales 192,245 están habitadas y el resto, no.

Cuadro 6. Cobertura de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2012

Programa	Unidad de medida	Población			Eficiencia en Cobertura PA/PO * 100
		Potencial	Objetivo	Atendida	
PDHO	Hogares	SD	5,800,000	5,845,056	100.78
PAL	Hogares	SD	670,000	673,092	100.46
PAR	Localidades	SD	13,295	13,439	101.08
PASL	Personas	SD	6,061,485	5,950,252	98.16

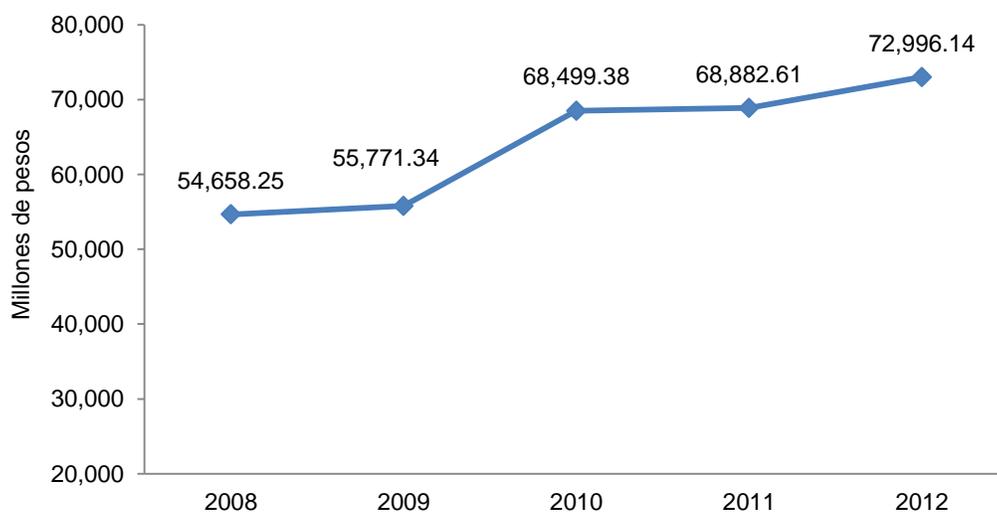
Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

SD: Sin datos.

PRESUPUESTO

De 2008 a 2012, el gasto ejercido por los cuatro programas se incrementó, al pasar de 54,658 millones de pesos en 2008 a 72,996 en 2012 (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Gasto ejercido por Oportunidades, PAL, Liconsa y Abasto Rural, México, 2008-2012



Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013), datos obtenidos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público deflactados a pesos constantes de 2012.

En el periodo de 2012 a 2013, el Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, SA de CV, tuvo una reducción en el ejercicio de su presupuesto, al pasar de 1,228.52 a 1,050 millones de pesos. Diconsa también redujo su presupuesto ejercido de un año a otro, específicamente de 2,693.32 a 1,801 millones de pesos.

En cambio, Oportunidades mostró un incremento en 2012 al ejercer en ese año 61,113.71 millones de pesos y, en 2013, 66,092.1 millones de pesos. El PAL, igualmente, elevó su presupuesto ejercido, de 3,847.06 millones de pesos en 2012 a 4,053.04 en 2013.

COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS

Estos programas presentan como elementos comunes el ofrecer transferencias de ingresos a través de diferentes vías (monetarias, en especie y vía precio) y el tener como objetivo la mejora de la nutrición y las capacidades de los hogares beneficiarios.

El PDHO emprende, además, acciones preventivas en salud que inciden en condiciones del bienestar físico de todos los grupos etarios y objetivos en educación que no comparte con ninguno de los programas analizados, pero sí con otros de la SEP. Asimismo, existen otros programas alimentarios en el Gobierno Federal, como el de desayunos escolares, y otros programas federales de transferencias de ingreso, monetarias y en especie.

Como ya se indicó, la coexistencia del PDHO y el PAL en las localidades implica el realizar algunas acciones para mejorar los procesos de focalización.

No existe un diagnóstico integral que describa y cuantifique el entramado institucional de los programas evaluados ni sus efectos, ni tampoco que justifique la pertinencia de contar con varios programas con objetivos similares, ni de su diseño, temporalidad y población objetivo. En ese sentido, el diagnóstico referido proporcionaría insumos para analizar la manera de articular los programas de ayuda alimentaria y generación de capacidades.

Capítulo 3. Logros y fortalezas de los programas

El diseño de Progresa, hoy Programa para el Desarrollo Humano Oportunidades, y su implementación en 1997 marcó una nueva etapa en programas de combate a la pobreza en México y en el mundo. Desde su inicio, ha llevado a cabo acciones para la superación de la pobreza de manera integral, al abordar sus causas estructurales, como la baja inversión en capital humano, a través de apoyos complementarios de educación, salud y alimentación, y efectuar una redistribución del ingreso más efectiva y eficiente a favor de los pobres. El cambio de estrategia de su diseño también implicó, entre otros, la eliminación de los subsidios generalizados a los alimentos (cadena maíz-harina de maíz-tortilla, y trigo-harina de trigo-pan) y la reducción gradual en recursos y cobertura de los programas alimentarios en especie y monetarios (entre los que se incluyeron Liconsa y Diconsa), a la par del crecimiento de Oportunidades.

Los programas alimentarios han crecido sustancialmente en recursos presupuestarios, cobertura y apoyo a las familias beneficiarias; además, se han creado y expandido otros programas federales y estatales de transferencia de ingreso.

Una de las motivaciones para la creación de los programas alimentarios ha sido el combate a la desnutrición. Estos programas han sido importantes en esta tarea, pero claramente insuficientes (CONEVAL, 2011). Las fortalezas de cada uno de los programas evaluados se muestran en el cuadro 7.

Capítulo 4. Retos y recomendaciones

Los programas en su conjunto presentan una serie de retos, los cuales son expuestos a continuación.

- **Diagnóstico integral.** Hacer un diagnóstico amplio que sustente y evalúe: a) el PDHO a diecisiete años de su diseño, dado el nuevo escenario institucional y la dinámica de los riesgos de la población en pobreza extrema; b) los diferentes tipos de apoyo que han sido añadidos al programa desde su inicio; c) los impactos de los niveles de transferencias actuales sobre la participación laboral de los beneficiarios; d) la congruencia y consistencia de las diferentes políticas públicas para el combate a la pobreza; e) la pertinencia, temporalidad, población objetivo y cobertura del PDHO, el PAL y Liconsa y Diconsa, así como su coexistencia. Se sugiere distinguir los objetivos de transferencia de ingreso de los de combate a la desnutrición, determinar cuáles son los mecanismos más eficientes y eficaces para alcanzarlos, y cuál debe ser su población objetivo. También, debe plantearse cómo estos programas, en particular el PDHO, pueden contribuir a la prevención de los nuevos riesgos de salud que atacan a diversos grupos etarios.
- **Evaluación.** Se recomienda evaluar con rigor metodológico el costo efectividad y analizar la factibilidad para determinar si es posible conocer el impacto de los cuatro programas de la Sedesol, tanto en su aspecto redistributivo como de mejoría de la alimentación y nutrición, así como las externalidades (positivas o negativas) en los mercados, los incentivos laborales y el sobrepeso y la obesidad, usando metodologías e indicadores que permitan la comparación entre los cuatro programas. En el caso de las tiendas Diconsa y las lecherías Liconsa, evaluar sus efectos sobre los mercados regionales o locales (aun cuando no sea el objetivo principal de los programas). Respecto al abasto rural, las tiendas Diconsa pueden contribuir a la modernización de los mercados rurales y evitar problemas de abuso monopólico en localidades sin oferta competitiva de productos; sin embargo, también pueden propiciar barreras a la entrada y distorsiones cuando el precio de

venta no refleje costos de distribución y comercialización, lo que afectaría en el mediano y largo plazo el surgimiento y la modernización de los mercados rurales. En cuanto a Liconsa, se sugiere evaluar el impacto del programa sobre el mercado de leche, tanto de compra como de venta, en particular a nivel regional y local, y del PDHO y el PAL, el efecto de las transferencias sobre los incentivos laborales de los beneficiarios y las economías locales. Para lo anterior, se recomienda considerar las evaluaciones del PDHO y las experiencias internacionales del impacto de programas de transferencia de ingreso (condicionadas y no condicionadas) frente a los programas que entregan apoyos en especie o vía precio. Asimismo, realizar un análisis de todos los programas que otorgan transferencias de ingreso por diferentes vías del Gobierno Federal.

- Servicios de salud. Se sugiere: a) establecer criterios objetivos y públicos para determinar el acceso a servicios de salud, y que la Sedesol y la Secretaría de Salud publiquen los resultados por localidad (repensar la coexistencia del PAL y el PDHO en diversas localidades); b) que la Sedesol y la Secretaría de Salud establezcan una estrategia para ampliar la cobertura y calidad de los servicios en las poblaciones más marginadas; c) elaborar protocolos de seguimiento y atención para problemas de desnutrición hasta su resolución, así como indicadores para saber cuáles y cuántos de esos casos fueron efectivamente resueltos.
- Calidad en los servicios de salud y educación. Establecer, a nivel de las secretarías (Sedesol, Salud y SEP), una estrategia intergubernamental para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud y educación, con el fin de que el aumento en asistencia a los servicios de salud y educación que promueve el PDHO se traduzca realmente en un incremento de capacidades.
- Atención a la anemia. El análisis muestra que la distribución de la anemia es distinta a la de la desnutrición. Por esta razón, conviene examinar si la atención de este problema puede hacerse con los métodos de selección de los programas aquí estudiados o pensar en estrategias alternativas (análisis sanguíneo universal de mujeres embarazadas y menores de cierta edad, por ejemplo).

- Programas complementarios. Poner en marcha una estrategia de complementariedad, por lo menos de focalización geográfica a nivel de localidad, con acciones de mejoras en la infraestructura básica tanto pública como en los hogares: servicios básicos (agua potable, saneamiento y electricidad); mejores condiciones de la vivienda (agua entubada, drenaje, letrinas, pisos firmes, electricidad, etcétera); e infraestructura de comunicaciones y transportes. Las dos primeras tienen impactos en la salud y en la desnutrición, entre otros, al permitir una mayor higiene en las actividades de los hogares, y están asociadas a una menor prevalencia de enfermedades gastrointestinales. La infraestructura en comunicaciones y transportes, por su parte, mejora el acceso a todo tipo de servicios, incluyendo los de salud, y también el acceso físico y económico a otras fuentes de provisión de alimentos fuera de la localidad.

REFLEXIONES GENERALES

Primero, aunque los programas alimentarios históricamente han sido y son un soporte importante para los hogares, es difícil que estos apoyos vistos como acciones aisladas puedan resolver la desnutrición o, de manera más general, la pobreza en el país. Este problema, como muchos otros en México, requiere una visión horizontal y una estrategia que incluya el análisis y la discusión de la conveniencia de tener tantos programas alimentarios y su coincidencia o complementariedad; también, son necesarias otras acciones de diferentes sectores, realizadas de forma efectiva y eficiente. La consecuencia de que las prevalencias de desnutrición en el país sigan siendo altas es que un número significativo de niños con desnutrición continuarán acumulando desventajas que afectarán su salud y su desarrollo físico e intelectual en el corto, mediano y largo plazos.

Segundo, el contexto de riesgos en salud del país ha cambiado de forma sustantiva. Coexisten las enfermedades como la desnutrición con el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión y la diabetes, que afectan a diferentes grupos etarios. Los programas no han incorporado estos nuevos riesgos dentro de sus indicadores ni entre los riesgos principales que buscan prevenir.

En el cuadro 7 se presentan de manera sintética los avances y retos de los programas de ayuda alimentaria y generación de capacidades.

Cuadro 7. Avances y retos de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2012

Programa	Avances y fortalezas	Retos y áreas de oportunidad
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	<p>Atención de la pobreza de manera integral, al atacar una de sus causas estructurales –el bajo capital humano– a través de apoyos complementarios de educación, salud y alimentación. Fomento de la corresponsabilidad de los beneficiarios.</p> <p>Impactos de corto y largo plazo sobre calidad y cantidad de la dieta, nutrición y educación de los beneficiarios y la sustantiva redistribución del ingreso que ha logrado.</p> <p>Evaluación permanente y sus resultados, que han sustentado la continuidad del PDHO y el surgimiento de programas similares en otros países.</p> <p>Vasta información generada por el programa sobre numerosos aspectos por el levantamiento de las características socioeconómicas de los hogares y sus evaluaciones.</p> <p>Continuidad durante dieciséis años, requerida para programas de inversión en capital humano.</p>	<p>Eliminar la coexistencia del PAL y el PDHO en las localidades por la falta de certificación de acceso a la salud por parte de la Secretaría de Salud, aun para localidades muy pequeñas.</p> <p>Reconsiderar cambios a las reglas de operación 2013 en relación con: a) el cambio de objetivo del programa de promover la nutrición a promover la alimentación; b) la eliminación de los suplementos como un apoyo explícito para dejarlos como una acción del sector salud; y c) la creación de comités comunitarios, con la aclaración, además, de sus funciones para asegurar que se mantengan la transparencia y objetividad en la selección de beneficiarios y entrega de apoyos y que no establezcan corresponsabilidades adicionales a las incluidas en las reglas de operación de asistencia al sector salud y educación.</p> <p>Evaluar la pertinencia del tipo y monto de los diferentes apoyos y del total, en particular sobre los incentivos laborales.</p>
Programa Apoyo Alimentario	<p>Opera como un programa temporal, un pre-Oportunidades, en tanto el PDHO pueda entrar a la localidad y sea operado por la misma unidad responsable. Para ello, es necesario evidenciar en cuáles localidades y para cuánta población no se ha certificado el acceso a servicios de salud.</p> <p>Focaliza con criterios de elegibilidad claros y con procedimientos adecuados usando los mismos criterios de</p>	<p>Revisar la eliminación de suplementos y leche fortificada para niños menores de cinco años y mujeres embarazadas y lactantes, con base en el argumento de falta de acceso a servicios de salud.</p> <p>Estimar el error de inclusión en las localidades y revisar aquellas que no deberían considerarse como cobertura total por no ser de alto y muy alto rezago social y aquellas que aparecen duplicadas con Oportunidades.</p>

	elegibilidad de hogares que Oportunidades.	<p>Eliminar la coexistencia del PDHO y el PAL en las localidades.</p> <p>Incluir en la Matriz de Indicadores para Resultados más indicadores de servicios y gestión, como porcentaje y número de familias que transitan a Oportunidades; porcentaje y número de familias que dejan de cumplir con los criterios para continuar en el programa; número y porcentaje de bajas de familias y por motivos de baja; número de localidades en las que coincide con Oportunidades; número de localidades urbanas donde opera, entre otros.</p>
Programa Abasto Rural a cargo de Diconsa, SA de CV	<p>En localidades dispersas y pequeñas de alta y muy alta marginación sin alternativas de abasto, este programa representa una fuente de acceso a alimentos y productos básicos para los hogares, lo que les ayuda a diversificar su dieta y su nutrición.</p> <p>Permite mantener los precios de los alimentos en caso de volatilidad en el importe de alimentos.</p>	<p>Sólo 33.3 por ciento de las tiendas Diconsa tienen todos los productos de la canasta básica; se sugiere incluir este indicador (derivado de la ENSANUT), darle seguimiento y fortalecer la supervisión.</p> <p>Realizar un análisis de factibilidad para llevar a cabo una evaluación de impacto en la que se considere la población que compra en las tiendas y sus efectos sobre los mercados locales (si evitan el abuso monopólico y propician barreras a la entrada y distorsiones).</p> <p>Modificar los criterios para abrir una nueva tienda; con base en los actuales, todas las localidades calificarían aun cuando no tengan problemas de abasto.</p> <p>Considerar: a) la disponibilidad de productos en localidades cercanas en establecimientos fijos e itinerantes; b) revisar lista de productos que deben estar disponibles; c) eliminar que los precios locales sean menores o iguales a los de Diconsa, ya que los subsidios que recibe la entidad y la compra de leche subsidiada de Liconsa le permiten vender por debajo de sus costos integrados y de los precios en un mercado en competencia; sustituir por una referencia de precios de mercado competitivos.</p> <p>Evaluar el costo efectividad contra otros programas alimentarios.</p>
Programa Abasto Social a cargo de Liconsa, SA de CV	<p>Atención de la población pobre que no es cubierta por otros programas alimentarios, como el PDHO y Apoyo Alimentario.</p> <p>Atención de población que vive en o es</p>	<p>Analizar las externalidades que genera el programa en el mercado local de la leche.</p> <p>Evaluar el costo efectividad y el impacto de Liconsa, Oportunidades, Diconsa y el PAL, que permitan su comparación.</p>

atendida por instituciones de asistencia social, como orfanatos y asilos, y cuyas características hacen complicada la atención con los programas regulares de la Sedesol, incluyendo Oportunidades, el PAL y el de abasto comunitario de Liconsa.

Incluir la adquisición de leche nacional como una actividad del PASL y no mantenerla como un programa diferente.

Reconsiderar los cambios en las reglas de operación 2013 que pueden duplicar apoyos, como, por ejemplo, incluir dentro de la población objetivo a beneficiarios del PDHO y el PAL.

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2012-2013 (CONEVAL, 2013).

Capítulo 5. Buenas prácticas externas

Las evaluaciones de impacto recientes muestran que muchas intervenciones para mejorar la nutrición tienen efectos en los resultados antropométricos de los niños (talla, peso y peso al nacer), pero también que intervenciones similares presentan resultados muy diferentes en distintos lugares, en función del contexto local, las causas y la severidad de la malnutrición y la capacidad de implementación. Las evaluaciones de impacto en desnutrición podrían mejorarse si se recopilara información de la provisión de servicios, cambios de conducta y procesos de implementación (Banco Mundial, 2010).

La intervención durante la gestación y los dos primeros años de vida para prevenir la desnutrición infantil y sus consecuencias representa una ventana de oportunidad que tiene mayores beneficios (Banco Mundial, 2010).

El Banco Mundial hizo una revisión sistemática de 46 evaluaciones de impacto de diferentes tipos de intervenciones: programas comunitarios de nutrición; transferencias de ingreso condicionadas y no condicionadas; programas de desarrollo infantil temprano; ayuda alimentaria; servicios integrados de salud; y nutrición y desparasitación. De acuerdo con dicho estudio, no se pueden señalar las intervenciones que sean sistemáticamente más efectivas que otras en reducir la malnutrición en diferentes contextos y grupos de edad (Banco Mundial, 2010).

Por su parte, Bhutta *et al.* (2013) analizaron diversas intervenciones para atacar la desnutrición y las deficiencias en micronutrientes en mujeres y niños, en específico aquellas que se refieren a adolescentes, mujeres en edad reproductiva, embarazadas, bebés recién nacidos, infantes y niños. De manera muy resumida, las intervenciones revisadas y sus resultados para cada grupo son:

ADOLESCENTES

Los hallazgos apoyan la necesidad de optimizar la edad del primer embarazo, el tamaño de la familia y los intervalos entre embarazos. Ello debe estar acompañado con la

promoción de uso del anticonceptivo efectivo y lactancia materna exclusiva para que las mujeres puedan espaciar sus embarazos de dieciocho a veinticuatro meses.

INTERVENCIONES EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA Y DURANTE EL EMBARAZO

- La suplementación de ácido fólico previene efectivamente los defectos en el tubo neural. La fortificación de cereales y otros alimentos es una opción factible.
- La suplementación de hierro o hierro con ácido fólico, de forma intermitente en mujeres no embarazadas (sola o con otras vitaminas y minerales), aminora el riesgo de anemia.
- La suplementación en el embarazo con micronutrientes múltiples reduce el bajo peso al nacer, con efectos similares en anemia mediante la suplementación de hierro y ácido fólico. Estos hallazgos apoyan el reemplazo de suplementos de folato de hierro en el embarazo por suplementos de micronutrientes múltiples.
- La suplementación con calcio en el embarazo disminuye desórdenes hipertensivos maternos y nacimientos pretérmino. Los desórdenes de hipertensión gestacional son la segunda causa de morbilidad materna y están asociados con mayor riesgo de nacimiento pretérmino y restricción de crecimiento fetal.
- La sal yodada es un medio efectivo para mejorar el estatus de yodo, pero no puede concluirse nada sobre desarrollo físico y mental en niños y su mortalidad; la evidencia apoya su uso de forma universal para mujeres en edad reproductiva y embarazadas. Para la suplementación materna de yodo se requieren mayores estudios.
- La suplementación balanceada energética y proteínica se considera importante en mujeres desnutridas y reduce el bajo peso al nacer. La desnutrición materna es un factor de riesgo para el crecimiento fetal y resultados perinatales adversos. Se evaluaron varias intervenciones, incluyendo consejería dietética a mujeres embarazadas, provisión de suplementos balanceados de energía y proteína, y suplementación de alta proteína o proteína isocalórica. Por otro lado, se evaluó la prescripción y promoción de dietas de baja energía a mujeres embarazadas con sobrepeso o alta ganancia de peso temprano en el embarazo.

INTERVENCIONES DE NUTRICIÓN EN NEONATOS

- El retraso en el corte del cordón umbilical, para permitir un mayor flujo continuado entre la placenta y el bebé, aumenta el nivel de hemoglobina en recién nacidos y la concentración de seroferritina.
- La administración neonatal de vitamina K para prevenir sangrado.
- La suplementación neonatal de vitamina A para infantes de bajo peso al nacer para reducir la mortalidad y los requerimientos de oxígeno.
- El cuidado materno canguro para promoción de lactancia materna y cuidado de niños pretérmino y con bajo peso al nacer. Este cuidado en unidades de salud se asoció con menor riesgo de mortalidad, infecciones nosocomiales y con reducción de hipotermia, así como con mayor lactancia y duración de ésta. Pocos estudios proveen evidencia de efectos en desarrollo infantil temprano.

INTERVENCIONES NUTRICIONALES EN INFANTES Y NIÑOS

- La promoción de lactancia materna y estrategias de apoyo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora del nacimiento, lactancia exclusiva hasta los seis meses y lactancia continuada hasta los dos años. Una revisión sistemática sugiere que iniciar la lactancia dentro de las veinticuatro horas del nacimiento se asocia con reducción de mortalidad neonatal relacionada con infecciones. También, que intervenciones de consejería o educativas aumentan la lactancia exclusiva; la combinación de consejería individual con grupal parece funcionar mejor.
- La promoción de diversidad dietética y alimentación complementaria, referida a la introducción de alimentos seguros y nutricionalmente ricos en adición a la lactancia entre los seis y veintitrés meses de edad. La provisión de alimentación complementaria en poblaciones con inseguridad alimentaria se asocia con ganancias significativas en la media de la talla para la edad y en peso para la edad, sin efectos significativos en desmedro.

- La suplementación de vitamina A en niños reduce la mortalidad general y la relacionada con diarrea en niños de seis a cincuenta y nueve meses, así como la incidencia de diarrea y paperas, pero sin efecto en morbilidad asociada con infecciones respiratorias. Sin embargo, un estudio de efectividad en la India, que evaluó el efecto de suplementación de vitamina A y desparasitación, no mostró efectos significativos en mortalidad.
- La suplementación de hierro en infantes y niños tiene efectos significativos en reducción de anemia y deficiencia de hierro, concentración de hemoglobina y ferritina, sin efectos en talla y peso para la edad. No hay evidencia clara de impacto en el neurodesarrollo.
- La suplementación de micronutrientes múltiples en niños mejora significativamente la concentración de hemoglobina y reduce la anemia y la deficiencia de retinol, sin evidencia de beneficios de crecimiento lineal.
- La suplementación de zinc de forma preventiva para niños disminuye la incidencia de diarrea y neumonía, sin evidencia de mejoras en el desarrollo motor o mental.

PREVENCIÓN Y MANEJO

Varias intervenciones tienen el potencial de afectar los resultados en salud y nutrición al reducir la carga de enfermedades infecciosas:

- Agua, saneamiento e higiene. Efectos significativos de lavarse las manos con jabón, mejoras en calidad del agua y disposición de excretas.
- Desparasitación materna; una dosis en el segundo trimestre no tuvo efectos significativos en anemia materna, bajo peso al nacer, nacimientos pretérmino y mortalidad perinatal.
- Desparasitación en niños (para parásitos intestinales transmitidos por tierra), sin efectos significativos, salvo en tratamientos, una vez confirmada la infección.

- Prácticas de alimentación con diarrea. Dietas libres de lactosa comparadas con dietas que sí la contienen muestra efectos significativos para reducir incidencia de diarrea.
- Terapia de zinc para diarrea. Efectos significativos en reducción de mortalidad general y admisiones al hospital por diarrea, así como en duración de diarrea aguda y diarrea persistente.
- Intervenciones de malaria también tuvieron efectos significativos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA

Las intervenciones antes descritas deben usarse para prevenir el desarrollo de desnutrición aguda severa. Para su tratamiento, la OMS recomienda internamiento para desnutrición aguda severa sin complicaciones con estabilización y tratamiento apropiado para infecciones, manejo de fluidos y terapia dietética. Dicha organización considera que quince por ciento de los casos requieren cuidado inicial en la unidad de salud, mientras el resto pueden recibir sólo tratamiento comunitario. La atención en la unidad de salud con el protocolo de la OMS está respaldada por mucha evidencia, pero se necesita mayor trabajo para mejorar la capacitación y calidad del personal. Respecto a intervenciones basadas en la comunidad, la evidencia muestra efectos positivos usando alimentos terapéuticos ya preparados. Sin embargo, la calidad del diseño y la implementación son cruciales, por lo que demanda una investigación adicional.

INTERVENCIONES PARA PREVENCIÓN Y MANEJO DE OBESIDAD

El estudio de Bhutta *et al.* (2013) señala que éste es uno de los retos principales del siglo XXI; las mujeres obesas tienen un riesgo mayor de resultados negativos en el embarazo. Una revisión de Cochrane evaluó la efectividad de intervenciones para reducir peso en mujeres embarazadas obesas (alimentación, ejercicio, modificación de conducta y consejería), sin encontrar experimentos evaluables. No parece haber efectos en obesidad de aumentos en la duración y exclusividad de la lactancia. En general, la evidencia de la efectividad de las intervenciones de prevención y tratamiento terapéutico de la obesidad es débil (OMS, 2014).

PLATAFORMAS DE ENTREGA Y ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN PARA INTERVENCIONES ESPECÍFICAS SOBRE NUTRICIÓN

Las estrategias de entrega son cruciales para alcanzar cobertura y llegar a la población que las necesita:

- Fortificación de productos básicos y alimentos específicos. La fortificación es una de las estrategias más efectivas para alcanzar a toda la población.
- Programas de transferencia de ingreso. Los incentivos financieros tienen el potencial para promover mayor cobertura de intervenciones de salud importantes en niños, pero la calidad de la evidencia es baja. Los efectos más pronunciados parecen ser alcanzados por programas que eliminaron los pagos de uso por acceso a los servicios de salud; hubo también indicaciones de efectos por programas que condicionaron la ayuda financiera en la participación de educación de salud y asistencia a las unidades médicas.
- Plataformas basadas en la comunidad para educación y promoción nutricional. Las intervenciones comunitarias por parte de personal de salud o personal comunitario para mejorar la salud materna, del recién nacido y del niño son estrategias relevantes que han reducido las inequidades en mortalidad por neumonía y diarrea.
- Manejo integrado de enfermedades de la niñez. Esta estrategia elaborada por la OMS incluye intervenciones curativas y preventivas dirigidas a mejorar las prácticas en la unidad de salud y en el hogar; incluye tres componentes de mejoras: en manejo de casos, en sistemas de salud y en prácticas familiares y comunitarias. Las evaluaciones muestran beneficios en calidad de servicio, reducción de mortalidad y costos de salud.

El acelerar el progreso en la nutrición requiere programas efectivos a gran escala que sean sensitivos a la nutrición, se enfoquen en sus determinantes y mejoren la cobertura y efectividad de intervenciones específicas en nutrición (Ruel y Alderman, 2013). La evidencia de los efectos en nutrición de programas en cuatro sectores: agricultura, redes

de protección social, desarrollo infantil temprano y escuela, muestra la necesidad de inversiones para aumentar la producción agrícola, mantener los precios bajos e incrementar los ingresos; asimismo, revela que programas agrícolas dirigidos pueden complementar estas inversiones al apoyar el sustento diario, mejorar el acceso a dietas más diversificadas en poblaciones pobres y promover el empoderamiento de las mujeres (Ruel y Alderman, 2013).

Las intervenciones combinadas de desarrollo infantil con nutrición pudieran llevar a ganancias sustantivas en costo, eficiencia y efectividad, pero todavía no han sido probadas a gran escala. Por otra parte, la educación de los padres está asociada fuertemente con la nutrición de los niños y la efectividad de los programas de educación nutricional en las escuelas todavía debe ser evaluada (Ruel y Alderman, 2013).

Además, un incremento de diez por ciento en el PIB per cápita reduce el desmedro en 5.9 por ciento, el bajo peso, en 7.0 y la anemia, en 2.4 (Ruel y Alderman, 2013).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arroyo, J. *et al.* (2007). *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. Estudio sobre los efectos de Oportunidades a diez años de intervención, en el consumo e inversión de las familias beneficiarias en zonas rurales, con base en la Encuesta de Evaluación de los Hogares Rurales 2007*. México: Sedesol. Recuperado el 8 de mayo de 2014 de <http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/es/docs/docs2008.php>

Banco Mundial (2010). What can we learn from nutrition impact evaluations? Lessons from a review of interventions to reduce child malnutrition in developing countries. Recuperado del 8 de mayo de 2014 de http://siteresources.worldbank.org/EXTWBASSHEANUTPOP/Resources/Nutrition_eval.pdf

Banco Mundial (2004). *Anemia at a Glance*. Recuperado el 9 de mayo de 2014 de <http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/anemiaAAG.pdf>

Bhutta, Z. *et al.* (2013). The Lancet. Nutrition Interventions Review Group, the Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*. Recuperado el 7 de mayo de 2014 de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4).

CONEVAL (2013 a). *Evaluación Específica de Desempeño del Programa de Abasto Rural a cargo de DICONSA S.A. de C.V. 2012-2013*. México.

_____ (2013 b). *Evaluación Específica de Desempeño del Programa de Abasto Social a cargo de LICONSA S.A. de C.V. 2012-2013*. México

_____ (2013 c). *Evaluación Específica de Desempeño del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades 2012-2013*. México

_____ (2013 d). *Evaluación Específica de Desempeño del Programa de Abasto Social a cargo de LICONSA S.A. de C.V. 2012-2013*. México

_____ (2012). *Pobreza y género en México. Hacia un sistema de indicadores 2008-2012*. México. Recuperado el 3 de abril de 2014 de <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-y-genero-en-M%C3%A9xico.aspx>

_____ (2011). *Evaluación integral de desempeño de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades 2010-2011*. México.

_____ (2010a). *Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto*. México.

_____ (2010b). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. México.

Fernald, Geltler y Neufeld (2009). 10-year effect of Oportunidades, Mexico's conditional cash transfer programme, on child growth, cognition, language, and behaviour: a longitudinal follow-up study. *The Lancet*, vol. 374, núm. 9706.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011). *La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. España.

Gutiérrez J. et al. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales*. Cuernavaca, México: INSP.

INEGI (2012). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012*.

_____ (2010). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010*.

INSP (2012a). *Distribución de la inseguridad alimentaria: evidencia para intervenciones diferenciadas*. México.

_____ (2012b). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. México.

_____ (2012c). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, evidencia para la política pública en salud. Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*. México.

_____ (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México.

_____ (1999). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 1999*. México.

_____ (1988). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 1988*. México.

Muñoz Hernández, O. (coord.), investigadores participantes: Evelyne Rodríguez Ortega *et al.* (2012). *Propuesta de un sistema nacional de servicios de salud: componente de salud de una propuesta de seguridad social universal*. México: UNAM.

ONU (2007). *Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Nueva York.

OMS (2014). *Continuación de la lactancia materna*. Recuperado el 5 de agosto de 2014 de http://www.who.int/elena/titles/continued_breastfeeding/es/

FAO (2012a). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2012*.

_____ (2012b). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. Roma.

_____ (2008). *Country Profile: México, Food Security Indicators*.

Perea-Martínez *et al.* (2009). Obesidad y comorbilidades en niños y adolescentes asistidos en el Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediátrica de México* 2009.

Rodríguez, E. (2013). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad (ANSA): análisis y lecciones del proceso*. Mimeo.

Rodríguez, E. *et al.* (2009). *Seguridad alimentaria y nutricional: marco conceptual, indicadores y determinantes*. México: Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Ruel, M. y H. Alderman (2013). The Maternal and Child Nutrition Study Group. Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition? *The Lancet*, vol. 382, núm. 9891, pp. 536-551.

Secretaría de Economía (2012). *Análisis de la cadena de valor maíz tortilla: situación actual y factores de competencia local*. México: Dirección General de Industrias Básicas, Secretaría de Economía.

World Bank Group (2010). *What can we learn from nutrition impact evaluations? Lessons from a review of interventions to reduce child malnutrition in developing countries*. Washington, DC.

Anexos

Cuadro 1. Localidades atendidas por los programas alimentarios, México, 2012

	Encontradas en Censo 2010	No encontradas en Censo 2010	Total
Sólo Oportunidades	59,640	4,079	63,719
Sólo PAL	16,739	3,815	20,554
Sólo Diconsa	102	39	141
Sólo Liconsa	12	13	25
Localidades duplicadas			
Oportunidades y PAL	16,734	812	17,546
Oportunidades y Diconsa	12,238	47	12,285
Oportunidades y Liconsa	495	2	497
PAL y Diconsa	110	13	123
PAL y Liconsa	31	-	31
Diconsa y Liconsa	3	1	4
Oport, PAL, Diconsa	6,917	33	6,950
Oport, PAL, Liconsa	1,112	4	1,116
Oport, Diconsa, Liconsa	1,305	-	1,305
PAL, Diconsa, Liconsa	5	-	5
Oport, PAL, Diconsa, Liconsa	2,170	-	2,170
Total por programa			
Oportunidades	100,611	4,977	105,588
PAL	43,818	4,677	48,495
Diconsa	22,850	133	22,983
Liconsa	5,133	20	5,153
Total de localidades cubiertas (únicas)			
	117,613	8,858	126,471
Total de localidades no cubiertas			
	74,632	-	74,632
Total cubiertas y no cubiertas			
	192,245	8,858	201,103
% de cobertura (respecto a las localidades en censo)			
Total de localidades cubiertas (únicas)			
	61.2%		
Total de localidades no cubiertas			
	38.8%		
Total			
	100.0%		

Fuente: Elaboración de la doctora Evelyne Rodríguez para el CONEVAL con base en el Censo 2010 y las plantillas de población atendida al cierre de 2012 de cada uno de los programas alimentarios analizados.

Cuadro 2. Comparativo de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2012

Programa	Grupos de atención	Ámbito de atención	Bienes o servicios otorgados	Tipo de apoyo otorgado	Entidades federativas donde opera el programa
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	Estudiantes, población de localidades de alta o muy alta marginación y población en pobreza	Ambos*	Beca, compensación garantizada al ingreso. Otro: suplementos alimenticios y acceso a servicios de salud preventivos	Ambos**	Todas
Programa de Apoyo Alimentario	Población de localidades de alta o muy alta marginación y población en pobreza	Ambos*	Compensación garantizada al ingreso. Otro: apoyos en especie (complementos nutricionales)	Ambos**	Todas
Programa de Abasto Social a cargo de Liconsa, SA de CV	Población con ingreso específico y población en pobreza	Ambos*	Alimentos	No monetario	Todas
Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, SA de CV	Población de localidades de alta y muy alta marginación de entre 200 y 2,500 habitantes que no cuentan con un servicio de abasto local suficiente y adecuado	Rural	Capacitación, subsidio a precios o bonos. Otro: abasto	No monetario	Todas

Fuente: Elaboración propia con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2013.

*Rural y urbano.

**Monetario/no monetario.