

coneval

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**

2014-2015

Evaluación integral del desempeño de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, 2014-2015

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Boulevard Adolfo López Mateos 160,
Col. San Ángel Inn, CP. 01060
Del. Álvaro Obregón, Ciudad de México

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, 2014-2015. Ciudad de México, CONEVAL, 2016.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Investigadores académicos 2010-2016*

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

Édgar A. Martínez Mendoza
Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz
Director General Adjunto de Administración

* <http://www.coneval.org.mx/quienessomos/InvestigadoresAcademicos/Paginas/Investigadores-academicos.aspx>

Colaboradores

Equipo técnico

Thania Paola de la Garza Navarrete
Liv Lafontaine Navarro
Érika Ávila Mérida
Alice Zahí Martínez Treviño

Consultores externos

Instituto Nacional de Salud Pública
Juan Pablo Gutiérrez Reyes (coordinador)
Nancy Nayely Armenta Paulino
José Franco Aguilar

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 en la revisión de este documento.

Contenido

GLOSARIO.....	6
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO 1. ANÁLISIS GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA	12
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA DE LOS PROGRAMAS DEL GRUPO COMO INSTRUMENTO PARA RESOLVER LA PROBLEMÁTICA DE AYUDA ALIMENTARIA Y GENERACIÓN DE CAPACIDADES	22
CAPÍTULO 3. PRINCIPALES LOGROS Y FORTALEZAS DE LOS PROGRAMAS EN SU CONJUNTO	30
CAPÍTULO 4. RETOS GENERALES DEL GRUPO EVALUADO	32
CAPÍTULO 5. BUENAS PRÁCTICAS EXTERNAS	34
CAPÍTULO 6. REFLEXIÓN FINAL Y RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXO.....	46

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	Estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos.
Desnutrición aguda	Deficiencia de peso para la altura (p/a). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.
Desnutrición crónica	Retardo de altura para la edad (a/e). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.
Desnutrición infantil	Resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad) y 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	Equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes.
Mínimo	
Macronutrientes	Son nutrientes que se consumen en cantidades relativamente grandes, como las proteínas, los hidratos de carbono simples y complejos, y las grasas y ácidos grasos.
Mala nutrición	Condición causada por una dieta inadecuada o insuficiente (carencias, exceso o desequilibrios en la ingestión de energía u otros nutrimentos), o por un defecto en el metabolismo de los alimentos, lo que da como resultado desnutrición, sobrepeso, obesidad o deficiencias de algún nutrimento.
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.
Micronutrientes	Componentes esenciales de una dieta de alta calidad con un profundo impacto sobre la salud, ya que son esenciales para que el cerebro, los huesos y el cuerpo se mantengan sanos.
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	Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor de 30 kg/m ² , y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor de 25 kg/m ² . En la población menor de diecinueve años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 95 en adelante de las tablas de IMC para edad y sexo de la Organización Mundial de la Salud. El peso corporal, de acuerdo con el IMC, se clasifica de la siguiente manera: IMC >18 y 25 y 27 obesidad.
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 ser elegible para su atención.
Pobreza	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. Esta definición se deriva de la Ley General de Desarrollo social, la cual reconoce que existen varias dimensiones o factores sociales, además de los económicos, que determinan la pobreza.
Pobreza alimentaria	Incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta.
Pobreza de capacidades	Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares sólo para estos fines.
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 obtener 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.
Programa social	Programas presupuestarios de modalidad S (reglas de operación) o U (otros programas de subsidios).
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.
Salud	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.
Seguridad alimentaria	Cuando las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias 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.
Sobrepeso	Estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor de 25 kg/m ² y menor de 29.9 kg/m ² , y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor de 23 kg/m ² y menor de 25 kg/m ² . En la población menor de diecinueve años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 85 y por debajo de la 95 de las tablas de edad y sexo de la Organización Mundial de la Salud.

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 veinte 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 programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades en 2014-2015, y fue elaborado con base en las evaluaciones específicas de desempeño (EED) 2014-2015¹ llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con la coordinación de Juan Pablo Gutiérrez Reyes, así como otras fuentes externas de información pertinente.

La evaluación está organizada en seis 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 la problemática que buscan contribuir a solucionar y se identifica su vinculación y algunos de sus principales efectos o externalidades.

¹ La EED 2014-2015 evalúa el ejercicio fiscal 2014 y considera los avances del programa en la primera mitad de 2015. Las recomendaciones que se formulan en ellas pueden estar en proceso de atención o haber sido atendidas por las dependencias a su cargo. Conforme al numeral 22 del Mecanismo 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 otro lado, junto con los informes de las EED se publica la *Opinión de la dependencia*, un documento que elabora la entidad responsable del programa evaluado en el cual se emiten observaciones sobre la evaluación y su proceso. Tanto las opiniones de la dependencia como los informes de las evaluaciones están disponibles en la página electrónica del CONEVAL: <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>.

- 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 generales del grupo evaluado. Se identifican áreas de oportunidad de los programas en una visión integral, 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.
- Reflexión final y recomendaciones. Se hace un análisis general de la situación en que se encuentra la política nacional en el tema a partir del análisis realizado al conjunto de programas y, con base en ello, se formulan algunas recomendaciones en materia de política social.

Los cuatro programas analizados están a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2014-2016

Modalidad	Programa	Acrónimo	Dependencia	Estatus programático 2016
S072	Prospera, Programa de Inclusión Social	Prospera	Sedesol / Salud/Secretaría de Educación Pública	Prospera Programa de Inclusión Social
S118	Programa de Apoyo Alimentario	PAL	Sedesol	
S052	Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, S.A. de C.V.	PASL	Sedesol	Sin cambios
S053	Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V. (Diconsa)	PAR	Sedesol	Sin cambios

Fuente: Elaboración propia con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social (CONEVAL, 2014b).

Capítulo 1. Análisis general de la problemática de ayuda alimentaria y generación de capacidades

La situación de la seguridad alimentaria y nutricional en México presenta un panorama complejo y de contrastes. A los retos concernientes al acceso a los alimentos, se suma la desnutrición crónica, que aún no ha sido atendida, y la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños, adolescentes y adultos. La doble carga de la malnutrición, que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva, impide el adecuado desarrollo físico e intelectual del individuo, al mismo tiempo que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para las familias y la sociedad (FAO, 2013).

DERECHO A LA ALIMENTACIÓN

El derecho a la alimentación se determina a través de diversos instrumentos jurídicos y se vincula estrechamente a la condición de seguridad alimentaria. El acceso a la alimentación se establece como un derecho de toda la población mexicana, refrendado en dos instrumentos jurídicos fundamentales para el país: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Desarrollo Social (LGDS). En específico, el artículo 4° constitucional señala que “toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad” y que “el Estado lo garantizará”. En el caso de la Ley General de Desarrollo Social, en su artículo 6°, se menciona que entre los derechos para el desarrollo social está el relativo a la alimentación.

Además, México ha firmado acuerdos internacionales en materia alimentaria, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que refrendan el compromiso de disminuir los niveles de personas y hogares con problemas nutricionales o con poco acceso a la alimentación (Sedesol, 2014a). Las metas que fueron establecidas para el país en el tema son: reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre; reducir a la mitad la proporción de personas por debajo del nivel mínimo de consumo de proteínas entre 1990 y 2015; reducir a la mitad la proporción de personas en pobreza alimentaria entre 1990 y 2015. Sin embargo, en una revisión de los objetivos señalados en el ámbito internacional, se acordó ampliar el plazo de cumplimiento (para 2030) e incorporar

nueve objetivos más para, así, formar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, también conocidos como Objetivos Mundiales.

En esta nueva agenda, el objetivo relativo a la alimentación tiene el propósito, a nivel mundial, de “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible” (PNUD, s.f.). En ese sentido, es compromiso del gobierno mexicano llevar a cabo acciones que aseguren el cumplimiento del derecho a la alimentación. Al respecto, en la evaluación integral aquí presentada se analizan cuatro programas implementados en este tema.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La seguridad alimentaria y nutricional (SAN) es un concepto normativo que sistematiza la complejidad de los determinantes, obstáculos y posibles soluciones de una alimentación para todos y el cumplimiento con el derecho universal a la alimentación. De acuerdo con lo señalado en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación en 1996, “... la SAN existe cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana”. La SAN se define como un concepto amplio que incluye el hambre (o subalimentación), la desnutrición, la malnutrición y la pobreza extrema (ver figura) (FAO, 2015).

Figura 1. Seguridad alimentaria y nutricional. Conceptos básicos, FAO



Fuente: Elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública para el CONEVAL con base en la FAO (2015).

El concepto de la SAN define cuatro dimensiones:

- La disponibilidad física de los alimentos: la seguridad alimentaria aborda la parte correspondiente a la “oferta” dentro del tema de seguridad alimentaria y es función del nivel de producción de alimentos, los niveles de las existencias y el comercio neto.
- El acceso económico y físico a los alimentos: una oferta adecuada de alimentos a escala nacional o internacional en sí no garantiza la seguridad alimentaria en los hogares. La preocupación acerca de una insuficiencia en el acceso a los alimentos ha conducido al diseño de políticas con mayor enfoque en materia de ingresos y gastos para alcanzar los objetivos de seguridad alimentaria.
- La utilización de los alimentos: normalmente se entiende como la forma en la que el cuerpo aprovecha los diversos nutrientes presentes en los alimentos. El ingerir energía y nutrientes suficientes es resultado de buenas prácticas de salud y alimentación, la correcta preparación de los alimentos, la diversidad de la dieta y la buena distribución de los alimentos dentro de los hogares. Si combinamos esos factores con el buen uso biológico de los alimentos consumidos, obtendremos la condición nutricional de los individuos.
- La estabilidad en el tiempo de las tres dimensiones anteriores: incluso cuando la ingesta de alimentos sea adecuada, en la actualidad se considera que no se goza de completa seguridad alimentaria si no se tiene garantizado el debido acceso a los alimentos de manera periódica, porque la falta de éste representa un riesgo para la condición nutricional. Las condiciones climáticas adversas (la sequía, las inundaciones), la inestabilidad política (el descontento social) o los factores económicos (el desempleo, los aumentos de los precios de los alimentos) pueden incidir en la condición de seguridad alimentaria de las personas.

Ahora bien, el concepto de seguridad alimentaria es sinónimo de un buen estado nutricional; es una condición necesaria, pero no suficiente para la seguridad nutricional. Esta última requiere no sólo que los alimentos estén disponibles y accesibles; también deben ser de la

calidad y diversidad adecuadas (en términos de energía, macronutrientes y micronutrientes), ser preparados de modo apropiado y consumidos por un cuerpo saludable y en un ambiente higiénico, ya que algunas enfermedades disminuyen la habilidad del organismo para digerir, absorber o asimilar los nutrientes de los alimentos consumidos (CONEVAL, 2010).

Por ello, “los hogares también deben satisfacer otros requerimientos aparte de una buena ingesta alimentaria para una vida sana, como contar con servicios de salud, un ambiente higiénico y prácticas de higiene personal en la preparación y consumo de alimentos” (Swindale y Bilinsky, 2006; FANTA, 2003, citados en CONEVAL, 2010).

POBREZA Y CARENCIAS

Entre 2010 y 2012, la pobreza en México registró una ligera disminución en términos relativos al compararla con el total de la población: de 46.1 por ciento pasó a 45.5. En 2014, el porcentaje volvió a incrementarse, incluso fue mayor que en 2010, ya que alcanzó 46.2 por ciento de la población del país (CONEVAL, 2015e). En cuanto a la carencia de acceso a la alimentación, en 2014, 28 millones de personas la padecían, es decir, 23.4 por ciento de la población, porcentaje ligeramente mayor que el de 2012 (23.3), pero menor que el de 2010 (24.8). El número de carencias sociales promedio entre las personas que sufrían carencia de acceso a la alimentación fue de tres en 2010, 2.9 en 2012 y 2.8 en 2014 (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Niveles de pobreza y bienestar y características de la población con carencia por acceso a la alimentación, 2010-2014

Indicadores	Porcentaje			Millones de personas		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Pobreza						
Población en situación de pobreza	46.1	45.5	46.2	52.8	53.3	55.3
Población en situación de pobreza moderada	34.8	35.7	36.6	39.8	41.8	43.9
Población en situación de pobreza extrema	11.3	9.8	9.5	13.0	11.5	11.4
Población vulnerable por carencias sociales	28.1	28.6	26.3	32.1	33.5	31.5
Población vulnerable por ingresos	5.9	6.2	7.1	6.7	7.2	8.5
Bienestar						
Población con ingreso inferior a la Línea de Bienestar Mínimo	19.4	20.0	20.6	22.2	23.5	24.6
Población con ingreso inferior a la Línea de Bienestar	52.0	51.6	53.2	59.6	60.6	63.8
Carencia por acceso a la alimentación						
Inseguridad alimentaria moderada	14.0	13.7	13.4	16.1	16.0	16.1
Inseguridad alimentaria severa	10.8	9.7	9.9	12.4	11.3	11.9
Sexo						
Mujer	24.6	23.4	23.3	14.5	14.1	14.3
Hombre	25.0	23.2	23.4	14.0	13.3	13.6
Edad						
Menores de 18 años	29.4	28.2	27.6	11.9	11.1	11.0
De 65 años o más	21.4	19.9	20.0	1.7	1.7	1.8
Pertenencia étnica						
Indígena	39.7	34.4	38.8	4.5	3.9	4.6
No indígena	23.2	22.1	21.7	23.9	23.4	23.4
Lugar de residencia						
Rural	33.6	30.9	32.1	8.9	8.4	8.9
Urbano	22.2	21.0	20.7	19.5	18.9	19.1

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) 2010, 2012 y 2014 (CONEVAL, 2015f)

En 2014, los estados donde los niveles de pobreza tendían a ser mayores reportaron los menores niveles de seguridad alimentaria (un ejemplo son Oaxaca y Guerrero), en localidades típicamente rurales, de mayor presencia indígena, lejanas a áreas metropolitanas e identificadas como Zonas de Atención Prioritaria (CONEVAL, 2014a). En ese sentido, la carencia de acceso a la alimentación se muestra con mayor visibilidad en entidades con niveles de pobreza mayores, por lo general rurales, y afecta sobre todo a la población indígena.

Los supuestos en que se funda el diseño de los programas alimentarios señalan que la pobreza y la falta de acceso a o la disponibilidad de alimentos son causas o factores determinantes de la inseguridad alimentaria, es decir, los bajos ingresos de los hogares se traducen en un menor poder de compra y, por tanto, en menores posibilidades de satisfacer sus necesidades de alimentos y otras que son básicas. Sin embargo, el problema de la desnutrición y seguridad alimentaria en México, como el de la pobreza, es multifactorial; por lo tanto, su resolución no depende únicamente de un mejor acceso físico y económico a alimentos (CONEVAL, 2012).

En México, ante la prevalente desigualdad de ingresos y la ubicación de localidades muy dispersas y remotas de los centros de actividad económica y de comercialización de alimentos, la disponibilidad local y el acceso económico pueden mostrar grandes diferencias, incluso con una disponibilidad de alimentos suficiente a escala nacional, lo que hace forzoso considerar indicadores que reflejen la SAN en los hogares o individuos.

La proporción de hogares con experiencia de hambre o percepción de inseguridad alimentaria en el cuartil más bajo del Índice de Condiciones de Bienestar (ICB), de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, fue de 72 por ciento (71 por ciento urbano; 73 por ciento rural); de este porcentaje, 33.5 se percibe en inseguridad leve; 22.7, en inseguridad moderada; y 15.9, en inseguridad severa. En el orden nacional, los hogares de localidades urbanas con inseguridad alimentaria representan 51 por ciento y de localidades rurales, 66.7 (Shamah-Levy *et al.*, 2012).

En relación con el abasto de alimentos, para el Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V., se ha estimado el Índice de Desabasto Rural Esperado (IDRE), cuyo

objetivo es conocer la magnitud del desabasto en las localidades con un número de habitantes no mayor de 2,500 en México. La última medición se realizó en 2005, y ha sido la única elaborada hasta la fecha; en ella se observa un claro descenso en la media del índice conforme la cantidad de habitantes de la localidad aumenta. Así, en las de menos de 200 habitantes, la media alcanza su punto máximo en 0.73 y pasa a 0.68 en localidades de 200 a 750 habitantes; 0.36 en las de 751 a 1,500; 0.21 en aquellas de 1,501 a 2,500, hasta llegar a su punto más bajo en las de más de 2,500 habitantes, donde la media es de 0.07.

Cuando se analiza el IDRE según el grado de marginación de la localidad, el punto más alto de la media (0.83) se alcanza cuando el grado de marginación es muy alto, y baja conforme el grado de marginación disminuye; así, en localidades con un alto grado de marginación es de 0.69; en las de marginación media, 0.62; en las de bajo grado, 0.53; y en las de muy bajo, 0.48. Si se consideran ambas perspectivas de análisis, entonces se puede afirmar que las localidades con menor número de habitantes y más alto grado de marginación resultan ser las que reportan un mayor desabasto de alimentos.

CONDICIONES NUTRICIONALES DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO

Para comprender los problemas de seguridad alimentaria, se requiere información sobre el estado nutricional de la población, lo cual se logra a nivel individual a partir de indicadores antropométricos. En esta sección se presentan los resultados de indicadores antropométricos para caracterizar la prevalencia de desnutrición aguda y crónica en niños menores de cinco años. A este análisis se agregan los indicadores utilizados para medir la prevalencia de anemia, sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad; la finalidad es dar un panorama completo de los principales problemas nutricionales que afectan a la población mexicana.

En nuestro país se han vivido de forma simultánea dos transiciones: por un lado, se ha observado la disminución de la prevalencia de desnutrición y anemia en menores de cinco años y, por otro, un incremento de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad. De esa manera, la desnutrición y la obesidad coexisten en la población mexicana como resultado de una mala nutrición (Kroker-Lobos *et al.*, 2014).

Desnutrición infantil

Un tipo de desnutrición infantil es la prevalencia de talla baja para la edad o desmedro; según la ENSANUT, en México, en 2012, ésta representó 13.6 por ciento en niños menores de cinco años, 1.9 puntos porcentuales menos que la observada en 2006 (15.5) (Shamah-Levy *et al.*, 2012).

México tiene una prevalencia mayor de desmedro en relación con América Latina y el Caribe: en 2012, 12.8 por ciento de los menores presentaron baja talla, porcentaje mayor que el registrado en Sudamérica, que fue de 11.5, y que el del Caribe, 6.7, pero menor que el de Centroamérica, donde se reportaron los mayores índices, con 18.6 por ciento en ese mismo año; en particular, el de Guatemala fue de 48 por ciento (FAO, 2014).

El progreso en la disminución de la desnutrición crónica ha sido en particular notable en las poblaciones con menores niveles de ingreso. Las estimaciones a partir de las encuestas nacionales de nutrición de 1988 y 1999, y luego las ENSANUT 2006 y 2012, muestran que para el quintil de menor nivel de ingreso la prevalencia de baja talla en menores de cinco años pasó de 52.5 a 25.5 por ciento, esto es, un descenso de 51 por ciento, en tanto que en el quintil de mayor nivel de ingreso se incrementó de 6.9 a 7.9 por ciento. Para el conjunto de los menores de cinco años, la reducción entre 1988 y 2012 fue de 26.9 a 13.6 por ciento, es decir, de 49 por ciento. No obstante, es importante resaltar que la reducción en la talla baja es notable entre 1988 y 2006, pero de 2006 a 2012 es marginal. Más aún, la disminución de mayor magnitud para el quintil de menor nivel de ingreso ocurre en el periodo 1999-2006, y podría asociarse al inicio de operación del Progresá, antecesor original de Prospera (Rivera-Dommarco, 2013).

Otro tipo de desnutrición infantil es el bajo peso para la edad, cuya prevalencia disminuyó de 3.4 por ciento en niños menores de cinco años en 2006 a 2.8 en 2012. La prevalencia de emaciación o desnutrición aguda se ha mantenido desde la encuesta de 1999 en menos de 2 por ciento en la población de niños menores de cinco años de edad; en 2012 fue de 1.6 por ciento. Uno de los retos principales en la situación de nutrición, en particular durante las fases de crecimiento y desarrollo, es la deficiencia de micronutrientes.

Se ha establecido con claridad la relevancia del consumo de hierro y zinc, en especial durante el proceso de desarrollo temprano, e incluso se ha sumado a la anemia por deficiencia de hierro como uno de los cuatro principales factores de riesgo para el adecuado desarrollo infantil. En 2012, 23.3 por ciento de la población de doce a cincuenta y nueve meses de edad presentaron anemia, 3.5 puntos porcentuales menos que en la prevalencia reportada en 2006 (26.8 por ciento), e igualmente por debajo de la prevalencia en 1999, de 31.6. La distribución por sexo muestra que la anemia es mayor para los niños (24.4 por ciento) que para las niñas (22.1). Entre escolares (de cinco a once años), la prevalencia de anemia fue de 10.1 por ciento en 2012, en tanto que en 2006 había sido de 13.1 y en 1999, de 15.2 (INSP, 2012).

Durante 2012, la prevalencia de baja talla fue de 22.9 por ciento entre la población más pobre del país, en comparación con 13.6 por ciento a nivel nacional; la de bajo peso fue de 5.4 por ciento frente a 2.8, respectivamente; y la de emaciación, de 1.9 por ciento en la población con un Índice de Condiciones de Bienestar bajo en comparación con el registrado a escala nacional, que fue de 1.6 (Shamah-Levy *et al.*, 2012). En el caso de anemia, la prevalencia fue de 26.5 por ciento en 2012 para el cuartil más bajo del citado índice, mientras que en el ámbito nacional fue de 23.3.

Sobrepeso y obesidad

De forma simultánea, más de 70 por ciento de adultos padecen sobrepeso en México, una proporción mayor que en cualquier otro país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2014). La tasa de obesidad en la población adulta, basada en medidas reales de talla y peso, fue de 32.4 por ciento en 2012, la segunda tasa más alta de los países de la OCDE, después de Estados Unidos (35.3) (OCDE, 2014).

Desde el 2000, las tasas de sobrepeso y obesidad aumentaron de forma constante, tanto en hombres como en mujeres. Las tasas de sobrepeso infantil en México se colocan también entre las más altas del área de la OCDE. De acuerdo con la información de las encuestas nacionales, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 9.7 por ciento en menores de cinco años en 2012, mayor que la presentada en 1988, que fue de 7.8 por ciento. Para los niños de cinco a once años de edad, la suma de sobrepeso y

obesidad alcanzó, en 2012, 34.4 por ciento de este grupo, en tanto que en 1999 se había observado una prevalencia de 26.9 por ciento (INSP, 2012).

La ENSANUT 2012 aplicó también la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA), lo que permitió establecer por primera vez en México la asociación entre la inseguridad alimentaria (IA) y el estado nutricional en una muestra nacional representativa. En hogares con menores de cinco años, 75 por ciento se situaron en alguna categoría de IA; de ellos, 31 por ciento se ubicaron en IA moderada y severa, es decir, más de un millón de estos hogares padecieron hambre (IA severa). Al analizar las prevalencias de bajo peso, baja talla y emaciación en menores de cinco años, se observan mayores prevalencias de los tres tipos de desnutrición cuando el grado de IA es severo, mientras que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es muy similar en los diversos grupos de IA (ver anexo 1) (Cuevas-Nasu *et al.*, 2014). La coexistencia de anemia, sobrepeso y obesidad puede ser explicado por el consumo de alimentos con alto contenido calórico y poco valor nutricional, así como el incremento en los requerimientos y la capacidad de absorción de hierro en personas con obesidad o sobrepeso (Kroker-Lobos *et al.*, 2014) .

La seguridad alimentaria y nutricional en México muestra un escenario de grandes contrastes. Si bien la oferta de energía alimentaria disponible en México sobrepasa los requerimientos para cubrir la demanda, las fuertes deficiencias en el acceso originan un panorama heterogéneo de grandes carencias que demanda intervenciones focalizadas en ciertos grupos de población y en algunas regiones (Urquía-Fernández, 2014).

Capítulo 2. Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática de ayuda alimentaria y generación de capacidades

El objetivo común del grupo de programas analizados es fortalecer la formación de capacidades e incidir, principalmente, en la mejora de la alimentación y la nutrición. Para el Programa de Apoyo Alimentario (PAL), el Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V. (PAR) y el Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa (PASL), el propósito central es mejorar la seguridad alimentaria atendiendo la dimensión de disponibilidad física de los alimentos y el acceso económico y físico de éstos. En el caso de Prospera Programa de Inclusión Social (PROSPERA), es una estrategia más integral en comparación con las anteriores, y tiene como objetivo ampliar las capacidades asociadas a la alimentación, salud y educación, y el acceso a otras dimensiones del bienestar de las familias beneficiarias del programa (ROP, 2015) al brindar diversos apoyos dirigidos, por ejemplo, a mejorar la alimentación; asegurar el paquete básico garantizado de salud; fortalecer el tema educativo; promover el acceso a los servicios financieros, la generación de ingresos, la inclusión financiera y laboral, entre otros.

Sumado a lo anterior, es posible afirmar que el objetivo común del conjunto de programas se encuentra alineado con el objetivo 1 del Plan Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018: “Fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que incidan positivamente en la alimentación, la salud y la educación” (Sedesol, 2013).

Asimismo, los programas tienen vinculación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en específico con el número uno “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”, y con el segundo en el caso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: “Hambre cero”. También tienen relación con el Plan Nacional de Desarrollo, en específico con la meta “México Incluyente” y la estrategia 2.1.1, que busca “asegurar una alimentación y nutrición adecuada de los mexicanos, en particular para aquellos en extrema pobreza o con carencia alimentaria severa”.

La población a la que se dirige este grupo de programas está compuesta por personas en situación de pobreza, pobreza extrema o localidades de alta marginación (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Objetivos de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2014

Programa	Objetivos
Prospera, Programa de Inclusión Social (PROSPERA)	<p>Fortalecer capacidades que promuevan la movilidad socioeconómica, así como la generación de condiciones para el cumplimiento de los derechos sociales, y propicien la inclusión productiva, laboral, financiera y social de los integrantes de los hogares en condiciones de riesgo socioeconómico. En otras palabras, el programa, al tiempo que incentiva inversiones en capital humano con una lógica de mediano y largo plazo, desarrolla acciones que tengan incidencia en el corto plazo. Estos nuevos componentes de inclusión dependen de la coordinación inter-institucional, ya que no se ofrecen directamente por el programa.</p> <p>El programa Prospera se creó en 2014 a partir de la estructura de Oportunidades, y retomó y amplió los alcances con el padrón ya existente. El enfoque de Prospera se refleja en las reglas de operación de 2015, ya que, en 2014, operó con base en las de Oportunidades.</p>
Programa de Apoyo Alimentario (PAL)	<p>Contribuir a mejorar el acceso a la alimentación de las familias en condiciones de pobreza mediante transferencias monetarias no condicionadas; se dirige a la población en pobreza extrema o con carencia de acceso a la alimentación severa y que no es atendida por Prospera. El programa opera mediante dos esquemas: el PAL general, que otorga un apoyo monetario bimestral a través de una transferencia a una tarjeta bancaria de la titular de las familias beneficiarias, y el PAL-Sin Hambre, en el cual la transferencia sólo puede utilizarse para comprar un conjunto predefinido de productos en tiendas abastecidas por Diconsa, lo cual lo convierte en la práctica en una transferencia en especie. El PAL es una versión de la fracción de Prospera que no se orienta a formación de capacidades, por lo que existen sinergias importantes entre ambos programas que, en los hechos, serán aún más necesarias con la fusión programada para 2016.</p> <p>Desde 2016, el programa se encuentra insertado en el componente alimentario de Prospera sin corresponsabilidad, ya que no existen las condiciones necesarias en la oferta de clínicas en algunas localidades. Por otro lado, dentro del marco de Prospera, los beneficiarios del PAL podrán acceder al nuevo componente de vinculación del programa.</p>
Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V. (PAR)	<p>Incidir en la inseguridad alimentaria al proveer con oportunidad y a precios bajos un conjunto de productos integrados en una canasta básica definida por Diconsa. La transferencia a los hogares en términos de precios reducidos se opera mediante tiendas administradas por miembros de las localidades, que buscan que la diferencia hacia abajo en los precios con productos equivalentes en el mercado local sea de al menos 15 por ciento. Normativamente, el programa debe enfocarse a población en localidades de alta y muy alta marginación, de entre 200 y 14,999 habitantes; no obstante, debido al proceso histórico del programa en términos de normativa, la cobertura actual responde a una dinámica no del todo consistente con las reglas de operación vigentes; por ello, un conjunto importante de las tiendas se ubican en localidades que no tienen las características de la población objetivo que definen dichas reglas de operación.</p>

Programa	Objetivos
Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa (PASL)	Contribuir al desarrollo de capacidades en la población con ingresos por debajo de la Línea de Bienestar, al incentivar el consumo de leche fortificada con un precio subsidiado, procurando que el margen de ahorro (diferencia porcentual entre el precio de mercado de la leche y el subsidiado de la leche fortificada) fortalezca la capacidad económica de los hogares beneficiados. El programa opera mediante dos vertientes: la principal, abasto comunitario, es a través de puntos de venta de leche líquida y en polvo dirigidos a la población que, aunado al criterio de ingreso, se encuentre en grupos prioritarios, ya sea por edad, condición fisiológica o enfermedad. La segunda vertiente es por convenios con actores sociales mediante puntos de atención de leche en polvo; en ésta, los criterios de inclusión de la población no se vinculan con claridad en las reglas de operación.

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2014-2015 (CONEVAL, 2015b-e).

Nota: En el anexo 4 se muestran los grupos y ámbitos de atención, los bienes o servicios otorgados, el tipo de apoyo y las entidades donde operan los programas.

En cuanto a los tipos de apoyo, el PAL busca mejorar la alimentación de familias en condiciones de pobreza con transferencias monetarias. Su apoyo se entrega de forma bimestral y consiste en una transferencia a una tarjeta bancaria de la titular de las familias beneficiarias (PAL general), o bien, por medio de una transferencia que sólo puede utilizarse para comprar un conjunto predefinido de productos en tiendas abastecidas por Diconsa (PAL-Sin Hambre).

El PAR busca incidir en la inseguridad alimentaria al proveer de manera oportuna, diaria y a precios bajos un conjunto de productos integrados en una canasta básica definida por Diconsa. El PAR opera en localidades de alta y muy alta marginación; no obstante, la cobertura actual responde a una dinámica no del todo consistente con las reglas de operación (ROP) vigentes. Su apoyo consiste en ofrecer una canasta básica en las tiendas Diconsa a precios reducidos; se busca que la diferencia en los precios con productos equivalentes en el mercado local sea de al menos 15 por ciento.

El PASL tiene el propósito de contribuir al desarrollo de capacidades en la población con ingresos por debajo de la Línea de Bienestar al incentivar el consumo de leche fortificada a un precio subsidiado. Su apoyo es mediante la entrega semanal en dos vertientes: abasto comunitario de venta de leche líquida y en polvo, y por convenio con actores sociales.

Por último, Prospera Programa de inclusión social, se orienta al fortalecimiento de capacidades que promuevan la movilidad socioeconómica, así como la generación de condiciones para el cumplimiento de los derechos sociales, y propicien la inclusión productiva, laboral, financiera y social de los integrantes de los hogares en condiciones de riesgo socioeconómico con la entrega bimestral de transferencias condicionadas. Sus apoyos prevén acciones que incidan de manera positiva en la alimentación, la salud y la educación.

En este contexto, la pobreza funge como eje central del marco multicausal tanto de la insuficiente formación de capacidades como de la inseguridad alimentaria, ya que la carencia de recursos es un determinante común para un menor acceso a servicios y una inversión limitada para la formación de capital humano. Por ello, los programas implementan acciones que se vinculan con la reducción de la desnutrición a través de transferencias de ingresos, sólo que por diferentes mecanismos: Prospera y PAL con transferencias monetarias y en especie, y PASL y PAR con un subsidio al precio de venta de alimentos.

Ahora bien, al evaluar la incidencia distributiva de los programas, se identifica que éstos tienen un carácter altamente progresivo, ya que benefician a la población más pobre con la asignación de beneficios sociales en términos de equidad, es decir, son distribuciones focalizadas a la población más vulnerable.

COBERTURA

Al tomar en cuenta el alcance de los programas alimentarios en relación con la población potencial, la evidencia sugiere resultados diferenciados. De la población potencial que estimó cada programa en el ejercicio fiscal 2014, únicamente Prospera atendió a más de 50 por ciento de dicha población. Este programa llegó a 6,129,125 familias ante una población potencial de 11, 736,944 familias. Por otra parte, el PAL, el PAR y el PASL atendieron a casi una quinta parte de la población potencial considerada por cada programa. Lo anterior no significa que exista ineficacia en la cobertura, dado que hay otras variables, como la restricción presupuestaria y las modificaciones en las ROP para cada ejercicio fiscal (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Cobertura de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2014

Programa	Unidad de medida	Población potencial (PP)	Población objetivo (PO)	Población atendida (PA)	Eficiencia en cobertura (PA/PO*100)
Prospera	Hogares	11,736,944	6,742,811	6,129,125	90.90
PAL	Hogares	4,689,779	1,529,539	943,718	61.70
PAR	Localidades	84,722	26,573	15,683	59.02
PASL	Personas	32,776,200	6,572,292	6,430,909	97.85

Fuente: Elaboración propia con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social (CONEVAL, 2014b).

Además, en el análisis de la ENSANUT 2012 se mostró que, según el reporte de los hogares sobre su participación en los programas, Prospera (en ese momento Oportunidades) y el PAL se concentraban en la población en los dos primeros quintiles socioeconómicos (74.3 y 61.7 por ciento, respectivamente), mientras que el PASL tenía una participación importante de hogares en el quintil socioeconómico medio (24 por ciento) e incluso en hogares en los dos quintiles de mayor nivel socioeconómico (33.8 por ciento) (Morales-Ruán *et al.*, 2013).

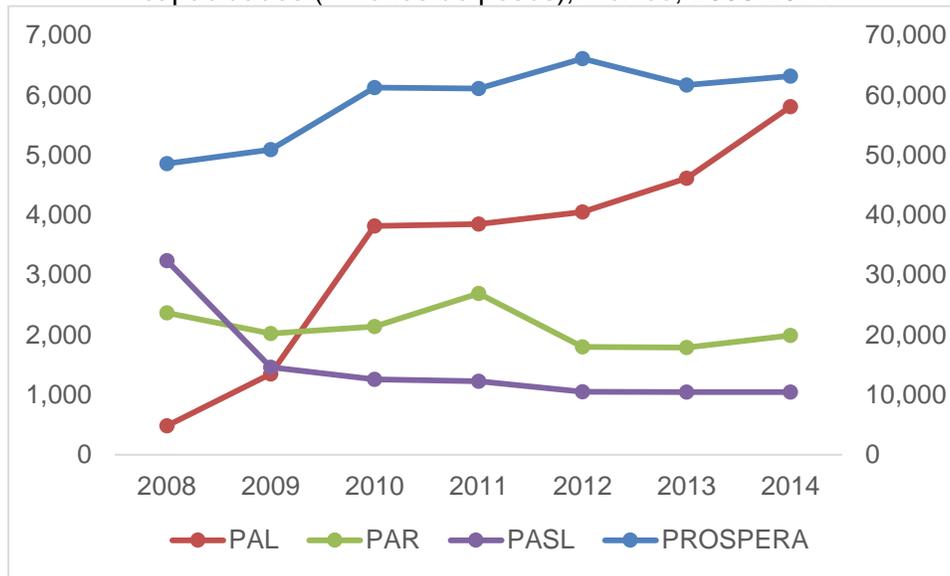
La ENSANUT 2012 estimaba que alrededor de 40 por ciento de los hogares del país eran cubiertos por algún programa de formación de capacidades o alimentario, entre ellos destacaba Prospera (Oportunidades), del cual 18.8 por ciento de los hogares en el país reportaban recibir transferencias en ese momento. Conforme a la medición de pobreza multidimensional, de los hogares que estaban en Prospera en 2012, 66.8 por ciento se clasificaban en pobreza; 22.1, vulnerables por carencias; 7.1, vulnerables por ingresos; y 2.1, no pobres y no vulnerables (Gutiérrez y Rivera-Dommarco, 2012).

PRESUPUESTO

Respecto al presupuesto y gasto del conjunto de programas alimentarios en 2014, los cuatro en operación tuvieron un monto total de 74,659.27 millones de pesos de presupuesto original. Prospera obtuvo, de dicho presupuesto, 90.1 por ciento; el PAL, 6.1; el PAR, 2.4; y el PASL, 1.4 por ciento. Los montos del presupuesto mayoritario a Prospera reflejan la

magnitud del programa y la tendencia en términos del crecimiento del padrón de beneficiarios. El presupuesto real ejercido por los programas en 2014 fue de 72,002.68 millones de pesos; la reducción implica transformaciones al presupuesto (ver gráfica).

Gráfica. Gasto ejercido por los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades (millones de pesos), México, 2008-2014



Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2014-2015 (CONEVAL, 2015b-e); datos obtenidos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público deflactados a pesos constantes de 2012.

Nota: En el lado derecho está graficado el programa Prospera.

Al considerar la relación entre presupuesto y eficiencia en la cobertura, se muestra que el presupuesto del PAR y el PASL tiende a disminuir, y en el caso de Prospera se mantiene de modo relativo en el tiempo; por ejemplo, el presupuesto ejercido del PASL en 2014 (1,128 millones, que representan 1,044 millones en pesos de 2012) es menor en términos reales que el de 2008, el cual, en pesos de 2012, fue de 3,237 millones; esto es, el presupuesto ejercido en 2014 representa 32.3 por ciento ($1,044/3,237$) del ejercido en 2008, en tanto que la población atendida se incrementó en 6 por ciento. Por otra parte, Prospera, desde 2009, ha tenido un presupuesto que ha sido modificado a la baja, a excepción de 2012, mientras que la población atendida se ha mantenido creciente. La característica descrita está presente también en el PAR; sólo el PAL tuvo un aumento presupuestario en

el periodo 2010-2012, pero éste no se tradujo en una mayor población atendida; al contrario, la cobertura se redujo.

Por último, se debe mencionar que, en general, el gasto de los programas alimentarios se distribuye y se ejerce mayoritariamente (alrededor de 90 por ciento de los recursos) a través de subsidios y transferencias para la atención de los beneficiarios. El 10 por ciento restante se utiliza en gastos de operación, comisiones y para el adecuado cumplimiento de metas de servicio y gestión.

COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS

Entre los programas alimentarios existe coincidencia debido a la similitud de sus objetivos, que pretenden mejorar las capacidades de los individuos, reducir la inseguridad alimentaria, mejorar la nutrición e incrementar el acceso físico y económico a alimentos sanos y nutritivos, y a una población atendida con características compartidas, considerando que los beneficiarios son personas con ingresos por debajo de la Línea de Bienestar, aun cuando la unidad de medida de cada programa es distinta.

Al especificar el análisis de las poblaciones objetivo de cada programa, es posible determinar las coincidencias mencionadas. Para el PAL, Prospera y el PASL, la coincidencia radica en estimar su población objetivo con base en la Línea de Bienestar Mínimo. Teniendo como eje dicha línea, Prospera considera como población objetivo a los hogares cuyas condiciones socioeconómicas y de ingreso impiden desarrollar las capacidades de sus integrantes en materia de alimentación, salud y educación. EL PASL está dirigido a personas que pertenecen a cualquiera de los siguientes grupos: niñas y niños de seis meses a doce años; mujeres de trece a quince años; mujeres en periodo de gestación o lactancia; mujeres de cuarenta y cinco a cincuenta y nueve años; enfermos crónicos y personas con discapacidad; y adultos de sesenta y más años.

Por su parte, el PAR tiene como población objetivo las localidades de alta y muy alta marginación de entre 200 y 14,999 habitantes que no cuenten con un servicio de abasto local suficiente y adecuado. Si bien la unidad de medida de este programa son localidades, es claro que la población que habita en ellas se encuentra bajo la Línea de Bienestar

Mínimo. En este sentido, el programa coincide con los otros programas en la población objetivo.

Es importante mencionar la complementariedad entre el PAL y Prospera en cuanto a su población objetivo. En 2014, estos programas consideraban y definían a la misma población y se complementaban al atender el PAL a las personas que no contaban con Prospera, es decir, partían de la misma delimitación poblacional, pero el PAL se enfocaba a quien no tenía acceso a Prospera.

Además, existe complementariedad entre el grupo de programas analizados sobre los bienes que otorgan: el PAL y Prospera (hoy fusionados en uno solo) conceden transferencias monetarias (condicionadas o no) y ello se complementa con los subsidios del PAR a la canasta básica y los del PASL, que proporciona leche fortificada a un precio subsidiado.

En 2016, los programas Prospera y PAL se han fusionado, lo cual, quizá, contribuya a hacer más eficientes los logros de los objetivos de los programas y permita un manejo más eficaz en el ejercicio de los recursos asignados. Esta unión podría ser una oportunidad para diseñar estrategias de atención diferencial que tengan que ver con la etapa de vida de los hogares, y no con limitaciones en la oferta de servicios, como ha ocurrido de forma reciente; esto es, Prospera, enfocado en la formación de capacidades y, en ese sentido, en la población en las primeras etapas de la vida (en particular, infancia y adolescencia), y con una estrategia tipo PAL, atención a los hogares que ya no tienen integrantes en proceso de formación de capacidades. Además, podría considerarse que la Coordinación Nacional de Prospera instrumente una estrategia que haga posible incluir a la población beneficiaria por el PAL en la oferta de servicios ligados a las corresponsabilidades de Prospera, mediante la vinculación con acciones de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública.

Capítulo 3. Principales logros y fortalezas de los programas en su conjunto

Los programas alimentarios y de formación de capacidades en México han contribuido a reducir la problemática que atienden, como se ha documentado (Ángeles *et al.*, 2011; Rivera *et al.*, 2004; Sánchez, 2011; Parker, 2011). En específico, las evaluaciones reportadas del abordaje de transferencias de Prospera han demostrado ampliamente el impacto positivo de las transferencias monetarias para elevar la inversión en capital humano, con incrementos en indicadores de educación, nutrición y salud, así como en el consumo de los hogares (Ángeles *et al.*, 2011; Leroy *et al.*, 2009; Rivera *et al.*, 2004).

Además, la evaluación realizada al PAL (antes de su modificación) comparó la entrega de transferencias monetarias con transferencias en especie, y observó efectos similares en indicadores de nutrición de ambos abordajes, aun cuando la entrega en efectivo resulta de menor costo operativo (González *et al.*, 2007).

La información de la ENSANUT 2012 reveló que para la población nacional se observó una carencia de protección financiera en salud de 25 por ciento, para la población de Oportunidades esta carencia fue de 18.1 por ciento; si se considera a la población de los primeros dos quintiles de nivel socioeconómico, pero que no estaban en Oportunidades, la carencia de protección llegó a 31.3 por ciento. Asimismo, se observó una mayor cobertura de intervenciones preventivas entre la población de Oportunidades. Por otra parte, la información relacionada con educación revela que un porcentaje mayor de niños de seis a catorce años asistían a la escuela en los hogares de Oportunidades en comparación con los hogares en los dos primeros quintiles que no estaban en Oportunidades (94.9 frente a 92.7 por ciento), lo que contribuye a la formación de capacidades (Gutiérrez y Rivera-Dommarco, 2012).

El efecto del abordaje de Prospera, analizado con base en la evaluación de Progresá y de Oportunidades, en el estado de nutrición de menores de cinco años se ha documentado ampliamente; muestra un efecto de 1.1 cm en la talla de los niños y una reducción en la prevalencia de anemia en el ámbito rural tras dos años de intervención (Rivera *et al.*, 2004). Estos efectos, observados en particular entre los niños que recibieron los suplementos alimenticios, son mayores entre los niños de localidades más pobres y se ha estimado que

tendrían un efecto de 2.9 por ciento en los ingresos de largo plazo (Behrman y Hoddinott, 2005). Los resultados positivos en el crecimiento en niños del programa se han estudiado también en el ámbito urbano, con un efecto en crecimiento de 1.5 cm (Leroy *et al.*, 2009). Asimismo, en la evaluación de impacto de la versión previa del PAL se identificó, a un año de operación, un efecto en talla en menores de un año de 0.26 desviaciones estándares, mediado por el consumo de la leche fortificada Liconsa que se incluía en la canasta que se entregaba en ese momento a los hogares (González *et al.*, 2007).

En cuanto a la operación de los programas analizados, su institucionalización, con estructuras operativas sólidas y, en general, eficientes ha permitido alcanzar las metas de cobertura que se han establecido y llegar a las poblaciones objetivo definidas de forma adecuada. La experiencia obtenida desde las diferentes dependencias a cargo de la operación de los programas ha consolidado una valiosa capacidad para operar en una escala masiva.

Además, un logro importante es que, a partir del uso de evidencia (antes mencionada), se han hecho adecuaciones al diseño de los programas para considerar la situación del país; por ejemplo, disminuir la cantidad de energía en los suplementos que buscan asegurar la adecuada nutrición en los niños y las niñas y en mujeres embarazadas por parte de Prospera, y reducir la cantidad de grasa en la leche por parte del PASL, como herramientas para hacer frente a los problemas de mala nutrición por exceso.

Capítulo 4. Retos generales del grupo evaluado

Entre los retos generales del grupo de programas alimentarios, destacan cuatro. El primero es la coordinación y vinculación entre los programas; a pesar de estar enfocados en un problema común, sus acciones no se han desarrollado de forma coordinada, sino con operaciones paralelas que, incluso, en ocasiones se han propuesto como excluyentes, cuando podría sugerirse la potencial complementariedad entre ellas. Ciertamente, es necesario un análisis detallado para discernir el nivel de complementariedad de estos programas, ya que no son sustitutos.

Un segundo reto es la diferenciación en el diseño de las intervenciones en áreas rurales y urbanas; está pendiente lograr efectos positivos que se traduzcan en mejores capacidades de los beneficiarios residentes en las zonas urbanas. Desde una lógica de formación de capacidades, y en buena medida también en lo que se refiere al componente alimentario, los programas pueden potenciar sus resultados con una orientación hacia las poblaciones en el proceso de formación de capacidades y con un énfasis importante en las sinergias en las etapas tempranas de la vida; esto, con el propósito de mejorar su focalización.

Se ha documentado que la desnutrición en las etapas tempranas de la vida se asocia con una menor acumulación de capital humano y, en ese sentido, con menor productividad e ingresos en la vida adulta, a lo que se añade un conjunto extenso de problemas de salud y bienestar durante la vida. Se ha demostrado que la talla a los dos años es el mejor predictor de la acumulación de capital humano (Adair *et al.*, 2013; Victora *et al.*, 2008). De ahí la relevancia de poner mayor atención en el embarazo y en los dos primeros años de vida por la magnitud de los resultados negativos en la salud y el bienestar, los cuales se pueden evitar con programas dirigidos a estos grupos; por ejemplo, 45 por ciento de las muertes infantiles en el mundo se deben a la desnutrición, en tanto que los efectos de la mala nutrición por exceso en los mismos grupos se agregan a los de la desnutrición (Bhutta *et al.*, 2013).

Un tercer reto es establecer un abordaje común que se refleje en el uso de sistemas de información conjuntos que identifiquen las necesidades específicas referentes a apoyos para la formación de capacidades; lo anterior tiene un potencial elevado, ya que, al integrar

estos sistemas, se trabaja a partir de una población común y con la posibilidad de crear paquetes a la medida de cada hogar. Un mecanismo formal de operación vinculada, a través de una mesa de coordinación por ejemplo, facilitaría el logro de los objetivos que buscan los programas.

Los programas cuentan con esquemas de focalización que en la práctica son heterogéneos, porque reflejan decisiones de cobertura en el tiempo, las cuales no se ajustan de modo necesario a los requisitos que la evidencia sostiene. Abordar este reto no implica excluir a grupos de población que potencialmente requieren un menor apoyo, sino fortalecerlos y concentrarlos en la población con mayor potencial de beneficiarse. En otras palabras, los programas deben dirigirse a quienes puedan favorecerse de ellos en mayor medida, no sólo en cuanto a sus condiciones socioeconómicas, aspecto importante en lo que se refiere al enfoque en los más pobres, sino también en cuanto a su vulnerabilidad económica, y centrarse en los grupos de edad en los que las ganancias potenciales de los apoyos sean mayores (Alcázar, 2007).

Finalmente, el cuarto reto que comparten estos programas, sumamente relevante para la generación de evidencia, es la elaboración de una agenda de evaluación integral y coordinada. Los esfuerzos de evaluación de cada programa pueden potenciarse con una agenda común que considere las preguntas compartidas en términos de la incidencia de cada uno en el problema público que se busca atender. Asimismo, deben procurarse los medios de información necesarios para el monitoreo y la evaluación de los programas y, en ese sentido, promover que la fuente de información de los indicadores de nutrición sea considerada estadística de interés nacional y se obtenga con mayor frecuencia.

Capítulo 5. Buenas prácticas externas

Para medir el éxito de los programas alimentarios y de formación de capacidades es necesario, por un lado, contar con una definición más precisa del problema que abordan y, por otro, tener bien definido el indicador de resultado en el que se busca incidir. Es diferente optar por un objetivo inmediato (por ejemplo, enfrentar la falta de alimentos como medida) que por una visión más de largo plazo asociada a la formación de capacidades que se refleje en la movilidad socioeconómica. A continuación se discuten algunos resultados de estudios realizados sobre este tipo de programas, considerando las posibilidades en el objetivo que pretenden alcanzar.

Un primer análisis se orienta a los programas que inciden en la desnutrición crónica, la cual puede considerarse una medida de un problema, un objetivo inmediato (corto plazo) o también un indicador de utilidad desde una perspectiva de largo plazo. El crecimiento adecuado es una medida usada para estimar el capital humano relacionado con el ingreso de los individuos.

Este análisis aborda tres grupos de programas: transferencias condicionadas (como Prospera), alimentación complementaria (como PASL y PAL) y seguridad alimentaria. En cuanto a la desnutrición crónica, la revisión identifica resultados de los programas de transferencias y, en particular, la ganancia de hasta un centímetro en menores de treinta y seis meses, documentada en las evaluaciones del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antecesor de Prospera). Por su parte, en los programas de alimentación complementaria se advierten efectos únicamente entre los más pobres, y en los de seguridad alimentaria no hay impactos observables sobre la desnutrición crónica. La revisión comprende programas de transferencia en México, Nicaragua, Colombia y Honduras, y en todos los casos se tienen resultados positivos en la desnutrición crónica, pero con magnitudes diferentes (Galván y Amigo, 2007).

En cuanto a los programas de alimentación complementaria, en Panamá y Chile éstos tienen resultados en talla: en el caso chileno, los efectos únicamente se advierten entre los más pobres, y en Panamá, el propósito es evitar un mayor retraso en crecimiento y no lograr el crecimiento deseable. Respecto a la seguridad alimentaria, en Honduras los programas

relativos brindan apoyo para la producción a través de microcréditos y capacitación, pero sin resultados en los indicadores de nutrición ni en una mayor producción de alimentos (Galván y Amigo, 2007). En ese sentido, la sinergia entre los programas de formación de capacidades y alimentarios puede potenciar los efectos sobre la desnutrición crónica, en los cuales destacan las transferencias como el núcleo para la atención del problema.

En Perú, los programas alimentarios (Vaso de Leche, Comedor Popular, Desayuno Escolar, Club de Madres, Almuerzo Escolar, Comedor Infantil, entre otros) enfrentan el reto de atender la variedad y descoordinación de los programas, los cuales, si bien se dirigen a un mismo objetivo, no están vinculados y menos armonizados para la atención de la población. Las posibles razones por las que no se ha logrado cumplir con su objetivo radican en los montos reducidos por beneficiario, que limitan la capacidad de generar un cambio relevante en las condiciones de nutrición (Alcázar, 2007).

En una revisión sobre la evidencia del efecto de los programas de transferencias en el estado de nutrición de niños se discute la trascendencia del diseño de los programas y, en particular, la teoría de cambio que los sustenta para asegurar una mejor orientación y alcanzar los resultados buscados. Si bien dichos programas han tenido un efecto positivo documentado en indicadores antropométricos, sus resultados han sido menores en cuanto a micronutrientes, aspecto relevante si se considera que el desarrollo cognitivo está muy relacionado con el estatus de hierro y zinc en la infancia.

A partir de la revisión, se concluye que el potencial de este tipo de programas para incidir en diversas medidas de formación de capacidades en general, y en resultados de nutrición en particular, es elevado, tanto por la amplia cobertura que suelen tener y la focalización de recursos que promueven la formación de capital humano como por el soporte político que los acompaña.

Un aspecto adicional que destaca es la importancia de concentrar acciones de intervención durante el embarazo y los dos primeros años de vida del infante, la ventana de mayor relevancia para el adecuado desarrollo físico y de capacidades del individuo; a la misma conclusión ha llegado un estudio reciente sobre las estrategias más efectivas para incidir en la nutrición infantil y materna (Bhutta *et al.*, 2013; Leroy *et al.*, 2009).

Capítulo 6. Reflexión final y recomendaciones

El problema de la desnutrición y la seguridad alimentaria en México, como el de la pobreza, es multifactorial; por lo tanto, su atención no depende únicamente de un mejor acceso físico y económico a alimentos, sino que se requieren estrategias complementarias (CONEVAL, 2012). Si bien los programas analizados han contribuido en cierta medida a reducir la desnutrición y a promover la formación de capacidades en el país, éstos puede fortalecerse aún más para potenciar sus resultados, en particular, con una definición e identificación del problema público de manera coordinada y un enfoque dirigido a la movilidad socioeconómica y la promoción de sinergias en la atención de la población con mayor potencial de beneficiarse en ese ámbito, a saber, individuos en las etapas tempranas de la vida. El reto que persiste en el país respecto a la desnutrición crónica y la inseguridad alimentaria, así como las brechas en capacidades entre los estratos socioeconómicos de la población, demandan un abordaje comprensivo que fomente la equidad social.

Los programas alimentarios se han orientado a la dimensión del acceso económico y físico a los alimentos de la SAN, ya sea por medio de transferencias monetarias o en especie, con base en el supuesto de que, al incrementar el poder de compra de los hogares con bajos ingresos, se tendrá una mayor posibilidad de satisfacer sus necesidades alimentarias. Sin embargo, esta aproximación, aunque es una condición necesaria, no es suficiente para mejorar el estado nutricional de la población. El desafío consiste en encontrar soluciones y generar políticas que incidan de manera articulada en todas las dimensiones de la SAN (la disponibilidad, el acceso físico y económico, la utilización y la estabilidad de la alimentación).

Para ello, es recomendable la integración de una mesa de coordinación entre los programas para que, con base en las especificidades de cada uno, se diseñe una estrategia de atención común y se aborde de forma consistente el reto de fomentar capacidades entre la población que, por sus condiciones socioeconómicas, no logra realizar la inversión necesaria en el desarrollo de capital humano. En esta mesa, al definir con claridad el problema, se puede proponer la focalización asociada con la promoción de capacidades, esto es, poner especial atención en los grupos con mayor potencial para adquirirlas. Podría

ser una ventaja para la creación de esta mesa que todos los programas evaluados pertenecieran a una misma secretaría.

Este abordaje común puede, igualmente, fortalecerse al compartir sistemas de información que faciliten la identificación de las poblaciones, tanto en lo que se refiere al nivel geográfico como por hogar (aplicable según el tipo de programa), y que, a la vez, reduzcan costos y generen eficiencias operativas. La orientación de los programas hacia la formación de capacidades como eje principal debe traducirse en la focalización de poblaciones etarias para asegurar el adecuado crecimiento y desarrollo en los primeros años de la vida.

Asimismo, es importante analizar con formalidad el grado de complementariedad entre los programas, considerando los posibles ajustes en la definición de las poblaciones objetivo que resulten de la descripción en conjunto del problema a abordar. En particular, debe buscarse que la acción de los programas resulte complementaria; por ejemplo, de acuerdo con lo mencionado en la evaluación, las acciones deben dirigirse a la población más vulnerable, que reporta altos grados de inseguridad alimentaria, la cual se ubica en zonas típicamente rurales, con mayor presencia indígena, población menor de dieciocho años, percepciones correspondientes a los dos primeros quintiles de ingreso y localizadas en estados de gran diversidad social y cultural, como Guerrero, Oaxaca y Chiapas.

A partir de esta información, es recomendable fortalecer la incidencia de los programas en la población con mayor vulnerabilidad social, siempre tomando en cuenta los problemas de mala nutrición (desnutrición, sobrepeso y obesidad), así como las características culturales. En particular, el abordaje de la mala nutrición por exceso es de alta relevancia dada la evidencia sobre la convivencia de hogares con desnutrición y sobrepeso, así como el documentado impacto negativo del sobrepeso y la obesidad en el bienestar de los individuos. Los programas deben abordar este reto de forma más explícita, promoviendo y facilitando el acceso a alimentos saludables para contrarrestar el entorno obesogénico al que se enfrenta la población.

Finalmente, es necesario crear una agenda común de evaluación que permita contar con evidencia del logro conjunto, a la vez que identifique la contribución específica de cada programa en el cumplimiento del objetivo común. Dicha agenda debe enriquecerse de la

experiencia que cada programa ha desarrollado de forma independiente y que, al compartirse, proporcione a los programas fundamentos útiles para orientar las acciones.

Referencias bibliográficas

- Adair, L. et al. (2013). Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *Lancet*. Vol. 382, núm. 9891, pp. 525-534.
- Alcázar, L. (2007). ¿Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú? Riesgos y oportunidades para su reforma. En GRADE (ed.). *Investigación, políticas y desarrollo en el Perú*. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- Ángeles, Gustavo; Gutiérrez, Juan Pablo; y Alarid, Fernando (2011). Evaluación externa del Programa Oportunidades 2010 en Zonas Urbanas. Efectos de Oportunidades en Salud y Nutrición. INSP. Recuperado el 18 de marzo de 2016, de: https://www.prospera.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/docs/2010/2010_mp_salud_nutricion_urbano.pdf
- Behrman, J. y Hoddinott, J. (2005). Programme Evaluation with Unobserved Heterogeneity and Selective Implementation: The Mexican PROGRESA Impacto n Child Nutrition. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*. Vol. 67, núm. 4, pp. 547-569.
- Bhutta, Z. et al. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?. *Lancet*. Vol. 382, núm. 9890, pp. 452-477.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2010). Dimensiones de la seguridad alimentaria: Evaluación Estratégica de Nutrición y Abasto. México. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Dimensiones_seguridad_alimentaria_FINAL_web.pdf
- _____ (2012). Evaluación integral del desempeño de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades 2010-2011. México. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de <http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/EVALUACIONES/EVALUACIONES>

_PROGRAMAS_POLITICAS_DS/Evaluaciones%20Integrales%202009-2010/12_Ayuda_Alimentaria.pdf

_____ (2013). Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Diagnóstico 2013. Recuperado el 24 de mayo de 2016, de file:///C:/Users/azmartinez/Downloads/Oportunidades%20-%20Diagn%C3%B3stico%20(1).pdf

_____ (2014a). Anexo estadístico de pobreza en México 2014. México. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2014.aspx

_____ (2014b). *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social*. Recuperado el 21 de abril de 2016 de <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>

_____ (2014c). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* (segunda edición). México. Recuperado el 17 de marzo de 2016 de http://www.coneval.org.mx/rw/resource/Metodologia_Medicion_Multidimensional.pdf

_____ (2015a). *Diagnóstico sobre alimentación y nutrición*. Informe ejecutivo. México. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ECNCH/Documents/Diagnostico_sobre_alimentacion_y_nutricion_270715.pdf

_____ (2015b). Evaluación específica de desempeño del Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V. (DICONSA). Recuperado el 12 de abril de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SEDESOL/S053_PAR/S053_PAR_IC.pdf

_____ (2015c). Evaluación específica de desempeño del Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, S.A. de C.V. Recuperado el 12 de abril de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SEDESOL/S052_PASL/S052_PASL_IC.pdf

_____ (2015d). Evaluación específica de desempeño del Programa de Apoyo Alimentario. Recuperado el 12 de abril de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SEDESOL/S118_PAL/S118_PAL_IC.pdf

_____ (2015e). Evaluación específica de desempeño del programa Prospera Programa de Inclusión Social. Recuperado el 12 de abril de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SEDESOL/S072_PROSPERA/S072_PROSPERA_IC.pdf

_____ (2015f). *Informe de pobreza en México 2014*. México. Recuperado el 25 de abril de 2016 de http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx

Cuevas-Nasu, L. *et al.* (2014). *Inseguridad alimentaria y estado de nutrición en menores de cinco años de edad en México*. Salud Pública: México. Vol. 56, suplemento 1, pp. 47-53.

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) (s.f.). *Glosario de términos sobre desnutrición*. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de http://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf

Galván, M. y Amigo, H. (2007). Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol. 57, núm. 4, pp. 316-26.

González de Cossío T; González D; Unar M; Rodríguez S; Villanueva MA; Leroy JL. (2007). Estudio de evaluación de Transparencia, Calidad y Cumplimiento de Objetivos del Programa de Apoyo Alimentario a cargo de Diconsa S.A. de C.V. 2007. INSP. Recuperado el 18 de marzo de 2016 de: https://prospera.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/palprev/pal07_transparencia_calidad_cumpl_objetivos_insp.pdf

Gutiérrez, J. y Rivera-Dommarco, J. (2012). Módulo del Programa de Oportunidades en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012-2012. Informe de resultados. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública/CIEE/CINyS.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales 2012. Recuperado el 16 de marzo de 2016 de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Kroker-Lobos, M. *et al.* (2014). The double burden of undernutrition and excess body weight in Mexico. *Am J Clin Nutr.*, núm. 100, suplemento I, pp. 1652S-8S.

Leroy, J. *et al.* (2009). The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: A review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, vol. 1, núm. 2, pp. 103-29.

Morales-Ruán, MC. *et al.* (2013). *Programas de ayuda alimentaria en México, cobertura y focalización*. Salud Pública: México. Núm. 55, suplemento 2, pp.199-205.

Mundo-Rosas, V. *et al.* (2014) Caracterización de los hogares mexicanos en inseguridad alimentaria. *Salud Pública de México*, suplemento 1, pp. S12-S20.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2011). *Seguridad alimentaria y nutricional. Conceptos básicos*. Programa Especial para la Seguridad Alimentaria, Centroamérica. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>

_____ (2013). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en México 2012*. Recuperado el 22 de abril de 2016 de <ftp://ftp.sagarpa.gob.mx/CGCS/Documentos/2013/Panorama por ciento20Seguridad por ciento20Alimentaria por ciento20Mexico por ciento202012.pdf>

_____ (2014). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2013*. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de <http://www.fao.org/docrep/019/i3520s/i3520s.pdf>

_____ (2015). *Boletín SAN: seguridad alimentaria y nutricional*. México. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de <http://www.fao.org/3/I4719S.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2014). *La obesidad y la economía de la prevención: "Fit no Fat". Hechos claves-México*. Recuperado de http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf

_____ (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación*. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

Parker, Susana W (2011). Resultados de oportunidades en educación en zonas urbanas. En *Efectos de oportunidades en aspectos sociales y educación*. INSP. Recuperado el 18 de marzo de 2016, de: https://www.prospera.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/docs/2010/2010_mp_aspectos_sociales_educ_urbano.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 25 de mayo de 2016, de <http://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/post-2015/sdg-overview/goal-2.html>

Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018. *Diario Oficial de la Federación*, 13 de diciembre de 2013. México.

Rivera, J. et al. (2004). *Impact of mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and Young children: a randomized effectiveness study*. JAMA, núm. 291, suplemento 21, pp.63- 70.

Rivera-Dommarco, J. (2013). Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales. *Salud Pública de México*, núm. 55, pp. S161-S9.

Sánchez, Armando (2011). Resultados de oportunidades en aspectos sociales. En *Efectos de oportunidades en aspectos sociales y educación*. INSP. Recuperado el 18 de marzo de 2016, de: https://www.prospera.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/docs/2010/2010_mp_aspectos_sociales_educ_urbano.pdf

Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) (2014a). Diagnóstico integral de los programas alimentarios de la Sedesol. México. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Sedesol/sppe/dgap/diagnostico_alimentacion/Diagnostico_Alimentario_Version_Completa.pdf

_____ (2014b). Diagnóstico y propuesta de atención del Programa de Comedores Comunitarios. Recuperado el 26 de mayo de 2016 de http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/2910/1/images/Diagnostico_2014_PCC.pdf

_____ (2015). Normateca interna. Recuperado el 12 de abril de 2016 de http://www.normateca.sedesol.gob.mx/work/models/NORMATECA/Normateca/Reglas_Operacion/2015/rop_prospera.pdf

Secretaría de Salud (2015). Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Programas de acción específica 2013-2018. Prevención y control de la *Diabetes mellitus*. Recuperado el 9 de marzo de 2016 de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionControlDiabetesMellitus2013_2018.pdf

Shamah-Levy, T. et al. (2012). *Informe final. Estudio de magnitud de la desnutrición infantil, determinantes y efectos de los programas de desarrollo social 2007-2012. Descripción de los principales problemas de nutrición y análisis de la integralidad de los programas sociales para resolver las principales causas del problema. Investigadores*. Cuernavaca, Morelos: INSP.

_____ (2014). La magnitud de la inseguridad alimentaria en México: su relación con el estado de nutrición y con factores socioeconómicos. *Salud Pública de México*, núm. 4, suplemento I, pp. S79-S85.

Urquía-Fernández, N. (2014). La seguridad alimentaria en México. *Salud Pública de México*, núm. 56, (S1), pp. S92-S8.

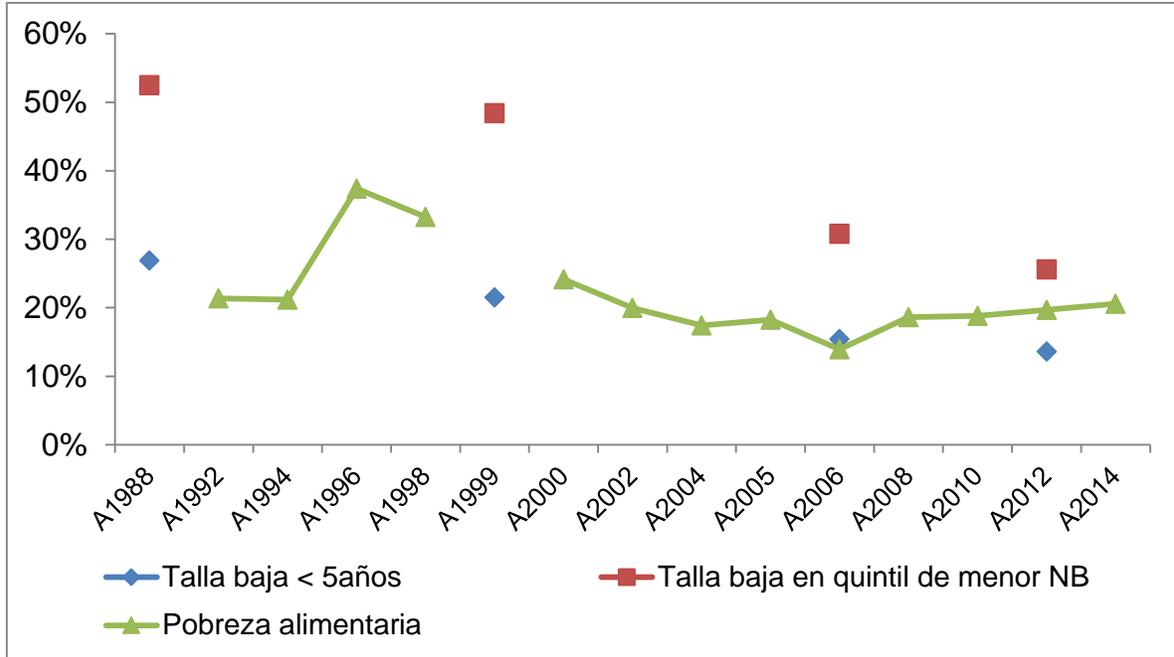
Victora, C. *et al.* (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. Vol. 371, núm. 9609, pp.340-357.

Walker, S., Wachs, T., Meeks, J., Lozoff. B., Wasserman, G., Pollitt. E. *et al.* (s.f.). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, vol. 369, núm. 9556, pp. 145-57.

Anexo 1. Distribución de las diferentes categorías de estado nutricional en preescolares (<5 años) por nivel de seguridad/inseguridad alimentaria en el hogar (ENSANUT 2012)

Estado de nutrición	Seguridad alimentaria		Inseguridad alimentaria					
			Leve		Moderada		Severa	
	Porcentaje	Miles de personas	Porcentaje	Miles de personas	Porcentaje	Miles de personas	Porcentaje	Miles de personas
Bajo peso	2.1	55.4	2.8	130.4	2.8	60.5	4.6	53.6
Baja talla	11.1	287.7	13.2	622	14.7	314.2	18.4	216.5
Emaciación	2.1	53.6	1.3	60.4	1.1	24.5	2.7	31.4
Sobrepeso	10.3	266	9.2	433.2	10.1	216.1	9.1	106.5

Fuente: Elaboración del INSP para el CONEVAL.

Anexo 2. Prevalencia de desnutrición crónica y porcentaje de la población en pobreza alimentaria en México, 1988-2014

Fuente: Elaborado por el INSP para el CONEVAL con base en el informe nacional de la ENSANUT 2012 y el CONEVAL.

Anexo 3. Comparativo de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, México, 2014

Programa	Grupos de atención	Ámbito de atención	Bienes o servicios otorgados	Tipo de apoyo otorgado	Entidades federativas donde opera el programa
Prospera Programa de Inclusión Social	Población en pobreza	Ambos*	Compensación garantizada al ingreso, Becas, Capacitación, Servicios de salud, Suplementos alimenticios	Ambos**	Todas
Programa de Apoyo Alimentario	Población en pobreza	Ambos*	Compensación garantizada al ingreso	Monetario	Todas
Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, S.A. de C.V.	Grupos vulnerables	Ambos*	Alimentos	No monetario	Todas
Programa de Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V. (DICONSA)	Toda la población	Ambos*	Servicio de abasto de productos básicos y complementarios de calidad	No monetario	Todas

Fuente: Elaboración propia con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2014 (CONEVAL, 2015).

*Rural y urbano.

**Monetario/no monetario.