

La Cruzada Nacional contra el Hambre y la seguridad alimentaria: primeros resultados

Preparado para presentar en el Congreso 2015 de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, San Juan, Puerto Rico, del 27 al 30 de mayo de 2015

Panel: National and Subnational Innovations in Social Policy in Mexico

Iliana Yaschine (PUED-UNAM), Sara Ochoa (Facultad de Economía-UNAM) y Citlalli Hernández (Investigadora independiente)

1. Introducción

A pesar de avances notables en diversos indicadores de bienestar socioeconómico durante el siglo XX, a principios de este siglo, México aún padece una situación de inseguridad alimentaria que es preocupante. En 2012, una quinta parte de la población mexicana no tenía ingresos suficientes para adquirir una canasta básica alimentaria¹ (CONEVAL, 2013b: s/p); 27.4 millones de personas (23.3%) padecían carencia por acceso a la alimentación, es decir, inseguridad alimentaria severa o moderada, y de éstas, 7.01 millones vivían en condición de pobreza extrema multidimensional (CONEVAL, 2012a: s/p).² Las crisis financieras y económicas recientes y la tendencia de crecimiento en el precio de los alimentos a nivel nacional e internacional desde 2008 han afectado el acceso económico a alimentos nutritivos, principalmente por parte de las familias de menores ingresos.³

En materia de desnutrición, México ha registrado una mejoría del estado nutricional de los menores de cinco años en los últimos 25 años, mostrando los mayores logros entre 1999 y 2006, “como resultado de la mejora de la disponibilidad de alimentos y del acceso a los mismos” (FAO, FIDA y PMA, 2013: 22). Los niveles de prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de cinco años ya alcanzaron valores inferiores al 5%, niveles compatibles con la eliminación de este fenómeno como problema de salud pública. Sin embargo, aún hay una alta prevalencia de la desnutrición crónica en este grupo poblacional (13.6% en 2012), lo cual resulta preocupante debido a sus efectos adversos irreversibles en el desarrollo físico e intelectual de los niños (INSP, 2012: 152).

En este contexto resulta relevante la creación de la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH o Cruzada) en 2013, siendo una estrategia basada en la coordinación inter e intra institucional cuyo objetivo es atender la inseguridad alimentaria en México, particularmente de aquellos hogares en condición de “pobreza extrema alimentaria”.⁴ La CNCH es el principal esfuerzo del actual gobierno

¹ Según la metodología de medición multidimensional de la pobreza establecida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la población que se encuentra por debajo de la línea de bienestar mínimo (LBM) es aquella que no tiene ingresos suficientes para comprar una canasta alimentaria básica. Asimismo, se considera que la población padece carencia por alimentación cuando tiene inseguridad alimentaria severa o moderada, de acuerdo con la Escala Mexicana de Seguridad Alimentaria (CONEVAL, 2009).

² De acuerdo con la metodología del CONEVAL, una persona se encuentra en situación de pobreza extrema multidimensional cuando sus ingresos están por debajo de la LBM y presenta, al menos, tres carencias sociales. (CONEVAL, 2009).

³ Este sector de la población destina un mayor porcentaje de su gasto total a la alimentación a diferencia de la población con ingresos más altos (en promedio, el decil I destina 46% a la alimentación vs. 13.7% asignado por el decil X) (ENIGH, 2013: s/p).

⁴ Término acuñado en el marco de la CNCH para referir a la población en condición de pobreza extrema multidimensional y que tienen carencia de alimentación (Presidencia de la República, 2014).

federal en materia de política social focalizada, por lo cual es de mucha trascendencia hacer un balance de su desempeño.

El objetivo de este trabajo es analizar, con base en un enfoque de seguridad alimentaria, el diseño e instrumentación de la Cruzada, con énfasis en seis temas: la alineación de sus objetivos con el enfoque de seguridad alimentaria; sus logros en materia de coordinación interinstitucional; su estrategia de cobertura; el presupuesto ejercido; la pertinencia, suficiencia y eficacia de sus instrumentos de intervención; así como, los avances en su instrumentación. El contenido se conforma por una síntesis de los hallazgos más relevantes de dos proyectos de investigación en los que participamos y que forman parte de la agenda de evaluación de la CNCH coordinada por el CONEVAL en 2013 y 2014. Ambos proyectos están basados en la revisión y análisis de fuentes documentales y bibliográficas.⁵

El trabajo se estructura en cinco apartados, incluyendo esta introducción. En el segundo se expone sucintamente el enfoque de seguridad alimentaria, seguido por una descripción de las principales características de la CNCH que se presenta en el tercer apartado. El cuarto apartado contiene el análisis de los seis temas mencionados previamente. Finalmente cerramos con algunas reflexiones sobre los logros de la estrategia y los retos que se vislumbran a futuro para que pueda cumplir con sus objetivos.

2. Marco analítico: el enfoque de seguridad alimentaria

En este apartado presentamos el enfoque de seguridad alimentaria desarrollado por la FAO que se relaciona con algunos conceptos clave como el derecho a la alimentación, el hambre y la desnutrición.

Seguridad alimentaria

El concepto de seguridad alimentaria surge a mediados de la década de los setenta, derivado de la crisis mundial generada por el alza de los precios de los alimentos a nivel internacional que ocasionó problemas de disponibilidad, principalmente del trigo y el maíz. Incluso después de que se habían estabilizado los precios y la oferta, principalmente de cereales, fue evidente que la disponibilidad suficiente de alimentos no garantizaría la ingesta nutricional adecuada.

En la Cumbre Mundial de la Alimentación (CMA) de 1996 se llevó a cabo una revisión al concepto de seguridad alimentaria y se incorporaron aspectos como el acceso a los alimentos, la necesidad de una dieta sana que considere los macro- y micronutrientes necesarios (más allá de las calorías necesarias), acordándose la siguiente definición: “existe 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” (FAO, 1996: 4).

Este concepto de seguridad alimentaria consta de las siguientes cuatro dimensiones: 1) la *disponibilidad física de los alimentos*, la cual se refiere a una oferta suficiente y es una función de la producción y del comercio neto de los alimentos; 2) el *acceso económico y físico a los alimentos* refiriéndose a la capacidad económica de los hogares para adquirir los alimentos y a la posibilidad

⁵ En 2013 se realizó el estudio *Análisis Diagnóstico de la Cruzada Nacional contra el Hambre* (Yaschine, Ochoa y Hernández, 2013) y en 2014 se llevó a cabo el *Estudio sobre los avances de la Cruzada Nacional Contra el Hambre en la primera fase de implementación 2014*, dentro del cual se elaboraron seis informes de investigación. Ambos proyectos fueron coordinados por Iliana Yaschine, mientras que Sara Ochoa y Citlalli Hernández formaron parte del equipo técnico y de investigación.

de obtener alimentos nutritivos cerca del hogar; 3) la *utilización de los alimentos* se refiere a la manera en la que el cuerpo aprovecha los diferentes nutrientes, por lo que se requiere estar libre de enfermedades y tener acceso a servicios de salud, una preparación adecuada e higiénica de los alimentos, una ingesta de energía y nutrientes suficientes, diversidad en la dieta y buena distribución de los alimentos entre los miembros de la familia; y 4) la cuarta dimensión es la *estabilidad en el tiempo* que es transversal al resto de dimensiones porque implica garantizar un flujo estable o constante de los alimentos (haciendo frente a eventos como desastres naturales, crisis económicas, pérdida de empleo, alza del precio de los alimentos).

A través de la interrelación de estas cuatro dimensiones se pretende abordar el problema de la inseguridad alimentaria en toda su complejidad, atacando las diferentes causas y no sólo sus manifestaciones, como podrían ser el hambre y la desnutrición.

Derecho a una alimentación adecuada

El derecho a la alimentación fue reconocido en la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948. En la CMA de 1996 se adoptó formalmente el derecho a una alimentación adecuada, lo que señaló el camino hacia la posibilidad de un enfoque de la seguridad alimentaria basado en los derechos, según el cual existe una responsabilidad explícita del Estado para su cumplimiento. En la CMA se estableció la meta de “reducir a la mitad el número absoluto de personas que padecen hambre”⁶ para 2015 (FAO, FIDA y PMA, 2013: 4). Posteriormente, en la Cumbre del Milenio de 2000 se acordaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el primero de los cuales establece erradicar la pobreza y el hambre, y tiene como una de sus metas “reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre” (FAO, FIDA y PMA, 2013: 4). El hambre en este caso se mide a través de la nutrición insuficiente y se acompaña de indicadores de deficiencia de peso y retraso del crecimiento (baja talla para la edad) en niños menores de cinco años.

El derecho a la alimentación se puede describir de la siguiente manera: “El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea solo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla” (OHCHR-FAO, 2010: 3). La alimentación es un derecho que debe permitir al individuo tener una vida completa y digna en cuanto a aspectos psicológicos y físicos. Lo anterior es posible si se garantiza la disponibilidad y acceso a los alimentos adecuados y en cantidades suficientes, regular y permanentemente. Por tanto, se puede entender que la seguridad alimentaria es una condición para el ejercicio pleno del derecho a la alimentación.



Sobre el hambre y desnutrición

En cuanto al concepto de hambre, ésta se puede concebir como “la sensación de incomodidad o dolor causada por ausencia de alimento” (The National Academies Press, 2006: 41). Por su parte, la desnutrición se refiere al estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos (FAO-PESA Centroamérica, s/f).⁷

⁶ Definidas como aquellas personas que padecen desnutrición.

⁷ Un concepto estrechamente relacionado con los anteriores es el de malnutrición, que se refiere al estado patológico, debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos. Técnicamente, el prefijo “mal” se refiere a sub y sobre alimentación aunque se ha puesto más atención al primer caso, esto es, a la subalimentación y desnutrición (The National Academies Press, 2006). Sin embargo, la malnutrición incluye también los problemas de sobrepeso y obesidad. Así, la malnutrición puede surgir por varias causas, entre las

Ambos conceptos están fuertemente relacionados, pero existen diferencias importantes. La desnutrición es el principal efecto negativo del hambre, sin embargo, este desenlace puede no ocurrir si los periodos de hambre no son suficientemente prolongados o severos. Paralelamente, la desnutrición puede no ser resultado del hambre sino de una asimilación deficiente de los nutrientes, asociada a enfermedades. Sin embargo, en contextos de pobreza, el hambre y la desnutrición suelen tener una alta relación debido a una ingesta insuficiente de alimentos de forma permanente, un bajo conocimiento del valor nutricional de los alimentos y la presencia de enfermedades infecciosas.

En la figura 1 puede visualizarse la relación entre estos dos conceptos en el marco de la inseguridad alimentaria y la falta de ejercicio del derecho a la alimentación.⁸ Esto evidencia la importancia de analizar la problemática del hambre y la desnutrición en un marco más amplio de la seguridad alimentaria que permita atacar las causas inmediatas del hambre y sus determinantes de largo plazo.

Figura 1. Inseguridad alimentaria y derecho a la alimentación



Fuente: Adaptación propia con base en FAO-PESA Centroamérica (s/f: 6).

3. La Cruzada Nacional contra el Hambre

La CNCH se creó mediante un decreto presidencial publicado en enero de 2013 (Decreto) en el cual se incluyeron, entre otros aspectos, sus objetivos, la definición de su población objetivo, el andamiaje institucional que haría posible su instrumentación y los programas que formarían parte de esta estrategia (Presidencia de la República, 2013). Se identificó como población objetivo a las 7.01 millones de personas en condición de pobreza extrema alimentaria, dejando fuera del ámbito de atención de la CNCH a alrededor de 20 millones de personas que presentan carencia alimentaria (pero no tienen condición de pobreza extrema).

que se encuentra el hambre, pero también la ingesta de alimentos con bajo contenido nutricional y alto contenido calórico.

⁸ La inseguridad alimentaria se puede definir como "la probabilidad de una disminución drástica del acceso a los alimentos o de los niveles de consumo, debido a riesgos ambientales o sociales, o a una reducida capacidad de respuesta" (FAO-PESA, s/f).

Durante el periodo que lleva de operación, el diseño de la Cruzada ha experimentado algunas modificaciones que se plasmaron en el Programa Nacional México sin Hambre 2014-2018 (PNMSH), publicado en abril de 2014, y que se refieren principalmente a sus objetivos y al listado de programas que la integran. En el cuadro 1 se incluyen los seis objetivos actuales de la CNCH.⁹ Como se observa, la Cruzada enfoca su atención en la subalimentación y no así en el fenómeno más amplio de la malnutrición (al que se asocian también problemas como el sobrepeso y la obesidad).

Cuadro 1. Objetivos de la CNCH según el PNMSH

Programa Nacional México Sin Hambre (PNMSH)
1. Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación.
2. Disminuir la desnutrición infantil aguda y crónica, y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez.
3. Aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas.
4. Minimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante el almacenamiento, transporte, distribución y comercialización.
5. Promover el desarrollo económico y el empleo de las zonas de mayor concentración de pobreza extrema de alimentación.
6. Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre.

Fuente: Presidencia de la República (2014).

Para avanzar en la consecución de sus objetivos la CNCH propone un modelo de atención basado en la concurrencia territorial de un conjunto de intervenciones diversas a cargo de distintas dependencias gubernamentales de los tres niveles de gobierno, junto con la participación de las comunidades beneficiarias, sectores de la sociedad civil organizada, instituciones académicas y el sector privado.

El PNMSH, además de los objetivos, sus indicadores y metas, establece 17 estrategias y 82 líneas de acción vinculadas a éstas que, a su vez se vinculan con los programas de la Administración Pública Federal (APF) o acciones que participan en la CNCH (Presidencia de la República, 2014). Los instrumentos de intervención federales contemplados, casi en su totalidad, son programas preexistentes a cargo de las distintas secretarías de estado y el presupuesto utilizado para la Cruzada corresponde exclusivamente al asignado a dichos programas, es decir, la estrategia no cuenta con un presupuesto propio. El listado inicial publicado en el Decreto incluía 66 programas federales propuestos para apoyar la instrumentación de la CNCH.¹⁰ Este conjunto se modificó con el PNMSH, donde se enlistan 55 programas de las distintas dependencias federales que integran la CNCH (Presidencia de la República, 2014).¹¹ Las acciones federales se complementan con aquellas acciones de los gobiernos estatales y municipales que se vinculen con los objetivos de la CNCH y

⁹ En el Decreto no aparecía el quinto objetivo.

¹⁰ Si bien el Decreto enlista 70 programas federales, el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (ahora Programa Prospera) y el Programa de Empleo Temporal fueron citados en tres ocasiones por lo que, sin contabilizar las repeticiones, resulta un universo total de 66 programas.

¹¹ En el PNMSH se enlistan un total de 82 intervenciones que en realidad incluyen programas y componentes de programas. En total, estas intervenciones forman parte de 55 programas federales. Como se detallará más adelante, algunos de los 66 programas originales del Decreto fueron eliminados y otros se adicionaron.

esta propuesta de intervención se materializa en matrices de inversión para cada municipio y estado.

Dada la importancia de la coordinación inter e intra gubernamental del esquema de operación de la CNCH, la columna vertebral de la que depende su funcionamiento es el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre (SINHAMBRE), el cual está conformado por distintas instancias que tienen la finalidad de articular la participación de los diversos actores en torno a la consecución de los objetivos de la CNCH. En el siguiente apartado se describen las instancias y se analizan los retos de esta coordinación.

La estrategia ha avanzado gradualmente en su cobertura territorial como se precisará en el apartado siguiente. A fines de 2014 operaba en 1,012 municipios en los que se estima que habitan alrededor de 5.3 millones de personas en pobreza extrema alimentaria (población objetivo) (Presidencia de la República, 2014: 5) y se tiene planeado la cobertura de todos los municipios del país en el presente año.

4. Análisis de la CNCH

El análisis de este apartado se centra en seis temas de interés relacionados con el diseño e instrumentación de la CNCH: la alineación de sus objetivos con el enfoque de seguridad alimentaria; sus logros en la coordinación interinstitucional; su estrategia de cobertura; el presupuesto ejercido; los programas que participan en la estrategia; y los avances en su instrumentación.

4.1 Objetivos de la CNCH y su alineación con el marco teórico

Actualmente, los debates en torno a las políticas alimentarias han situado en primer plano la vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria debido a los recientes vaivenes de los mercados internacionales de alimentos.¹² En este contexto, con el propósito de identificar si la CNCH considera elementos tendientes no sólo a la erradicación del hambre, sino a garantizar la seguridad alimentaria de los mexicanos, se analiza si los objetivos establecidos por la Cruzada guardan alineación con el enfoque de seguridad alimentaria de la FAO descrito previamente.¹³

El primer objetivo de la CNCH (“Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación”)¹⁴ está alineado con las dimensiones de *acceso y utilización de los alimentos* del enfoque de la FAO, toda vez que busca incidir en la capacidad de acceder a alimentos de calidad y en cantidad suficiente, enfocándose en la atención de las carencias sociales vinculadas con la pobreza y que pueden afectar el uso y preparación de los alimentos en condiciones adecuadas, así como la absorción de los nutrientes. Este objetivo también se relaciona con la dimensión de *estabilidad en el tiempo* aunque en menor medida, porque las acciones contempladas son todavía insuficientes para afrontar (o suavizar) los efectos del conjunto de contingencias que ponen en riesgo la seguridad alimentaria de la población.¹⁵ El objetivo 2 (“Disminuir la desnutrición infantil aguda y crónica, y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez”)¹⁶ también se alinea con la dimensión de *utilización de los alimentos* mediante acciones que buscan impactar directamente en las

¹² FAO, FIDA, PMA (2014).

¹³ Un primer análisis en este tenor se presenta en Ochoa, *et. al.* (en prensa) y Ochoa, *et. al.* (2014).

¹⁴ Presidencia de la República (2014: 33)

¹⁵ Ochoa, *et. al.* (2014).

¹⁶ Presidencia de la República (2014: 33)

manifestaciones de la inseguridad alimentaria en la población infantil, atendiendo los problemas de salud que pueden afectar el aprovechamiento biológico de los alimentos.

Por su parte, el tercer y cuarto objetivos de la CNCH (“Aumentar la producción de alimentos y el ingreso de los campesinos y pequeños productores agrícolas” y “[m]inimizar las pérdidas post-cosecha y de alimentos durante el almacenamiento, transporte, distribución y comercialización”),¹⁷ se relacionan con la dimensión de *disponibilidad de alimentos* debido a que son medidas para prever que los alimentos existan en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades alimenticias de la población. Asimismo, el objetivo tres y el cinco (“Promover el desarrollo económico y el empleo de las zonas de mayor concentración de pobreza extrema de alimentación”),¹⁸ tienen relación con la dimensión de *acceso a los alimentos* por la vía del fortalecimiento de la capacidad económica de las personas en condición de pobreza.

El sexto (y último) objetivo de la Cruzada (“Promover la participación comunitaria para la erradicación del hambre”)¹⁹ no guarda correspondencia con alguna de las dimensiones de la seguridad alimentaria. No obstante, con este objetivo se busca enfatizar el “nuevo” enfoque de atención de la presente administración bajo el cual el ejercicio de los derechos sociales y humanos implica el empoderamiento “desde la base comunitaria de la sociedad”.²⁰ En este sentido, la participación comunitaria constituye una herramienta transversal para el logro de los objetivos anteriores.

Cabe reconocer que las complementariedades que se crean entre las distintas dimensiones refuerzan su potencial para incidir en el logro de los objetivos de la CNCH. Sin embargo, como se señaló, la dimensión de estabilidad es la menos robusta y requeriría ser fortalecida dada su creciente relevancia debido al alza en los precios de los alimentos experimentada en los últimos años, así como por la mayor recurrencia e intensidad de los desastres generados por fenómenos climatológicos, factores que pueden poner en riesgo los progresos alcanzados en los otros objetivos de la Cruzada. De ahí que se debería considerar la inclusión de medidas de estabilidad con énfasis en aquellas que atañen al suministro de alimentos y la estabilidad en sus precios, que abonarían a proteger el consumo de las familias.²¹

4.2 Funcionamiento del andamiaje institucional de la CNCH²²

Como se señaló antes, la CNCH se basa fundamentalmente en la coordinación de un conjunto de instancias que forman parte del SINHAMBRE y son la plataforma donde se articula la participación e interacción de diversos actores en torno a la consecución de los objetivos de la Cruzada. Toda vez que el funcionamiento de este andamiaje incidirá de forma importante en los logros de la CNCH, interesa conocer sus avances e identificar de forma preliminar algunos retos en la materia. Para ello, este análisis se basa en una revisión de información documental tanto normativa como relacionada con la operación de las instancias que integran el SINHAMBRE que se ilustran en la

¹⁷ Presidencia de la República (2014: 33)

¹⁸ Presidencia de la República (2014: 33)

¹⁹ Presidencia de la República (2014: 33)

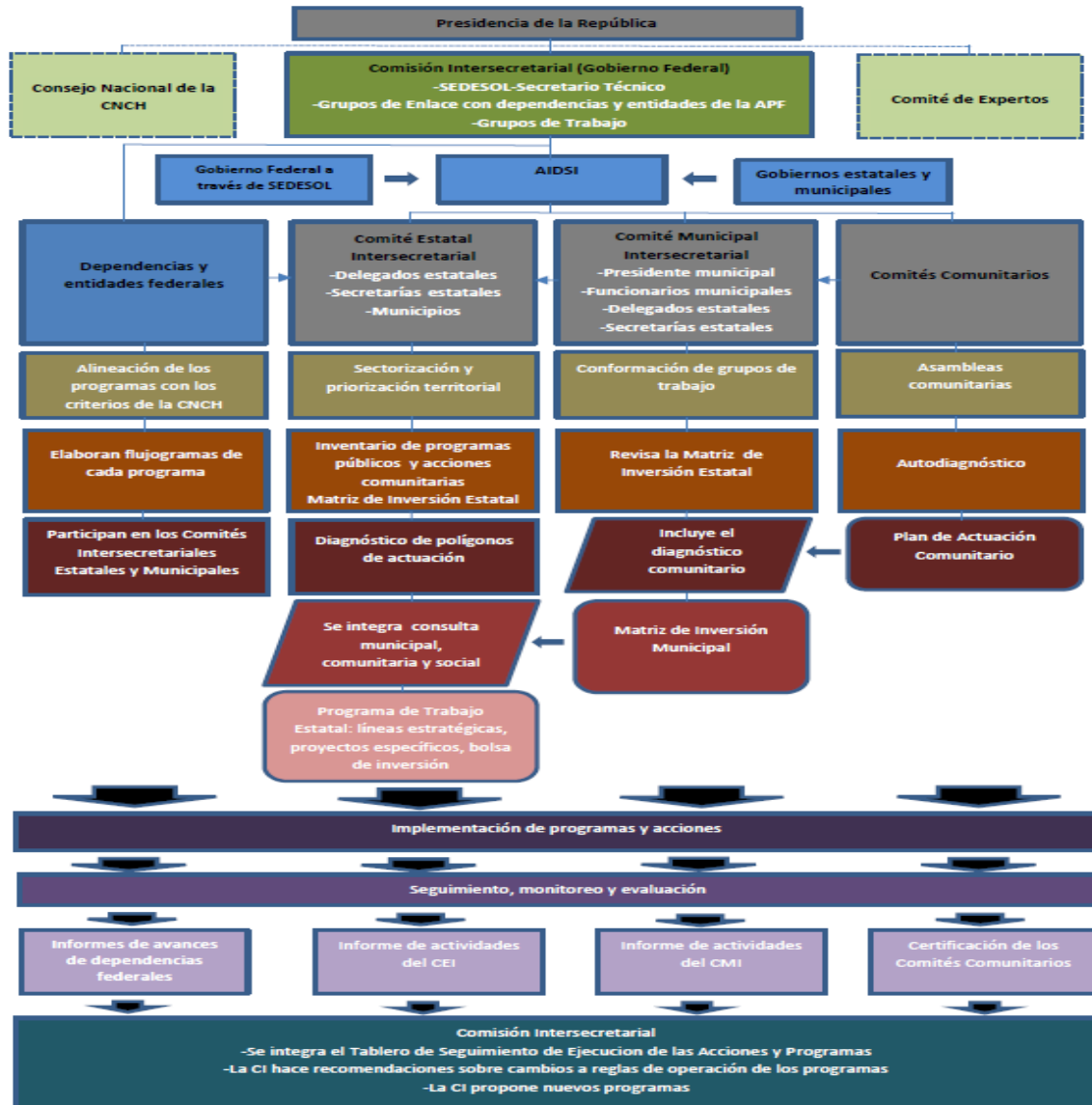
²⁰ Presidencia de la República (2014: 3)

²¹ Según propone la FAO-FIDA-PMA (2013).

²² Este análisis retoma los principales hallazgos presentados en Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine (2014).

figura 2, en donde además se puede observar la relación que se propone entre ellas, así como algunos de los procesos relevantes para el funcionamiento de la estrategia.²³

Figura 2. Proceso de coordinación interinstitucional e intergubernamental de la CNCH



Fuente: Yaschine, Ochoa y Hernández (2013: 97).

Como se aprecia en la figura anterior, a nivel federal se crearon la Comisión Intersecretarial para la instrumentación de la CNCH (CI) (como instancia de concertación entre las dependencias y entidades públicas federales participantes), el Consejo Nacional (espacio de vinculación con representantes de la academia, organizaciones sociales y sector privado) y el Comité de Expertos (que agrupa académicos especialistas en la materia). Se suscribieron Acuerdos Integrales para el Desarrollo Social Incluyente (AIDSI) entre el gobierno federal y las entidades federativas (excepto el

²³ Este análisis retoma los principales hallazgos presentados en Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine (2014).

Distrito Federal que no aceptó suscribirlo). Se constituyeron también consejos estatales para la participación de los actores sociales a nivel estatal, y comités intersecretariales estatales y municipales como espacios de concurrencia entre las instancias de los tres niveles de gobierno. Finalmente, se ha promovido la integración de comités comunitarios con los beneficiarios de los programas participantes en la CNCH.

A nivel federal, el CI es la máxima instancia de la CNCH en donde se toman decisiones relevantes que van desde el diseño y propuestas de mejora, hasta el monitoreo y la evaluación del desarrollo de la Cruzada. A pesar de ello, los titulares de las dependencias de la APF no han mantenido un nivel de participación constante, lo que podría impactar la efectividad de esta instancia como centro de coordinación y definición de directrices de la Cruzada. En lo relativo al Consejo Nacional existe poca información respecto a su funcionamiento, lo que constituye un reto en sí mismo. Dada la importancia de esta instancia por ser responsable de realizar el análisis y emitir opiniones sobre el desempeño de la CNCH, así como hacer propuestas de mejora, se esperaría la participación de los Consejeros designados, sin embargo, la normatividad posibilita la participación de “suplentes”, lo que igualmente podría afectar los alcances de los resultados del Consejo.

A nivel estatal y municipal es posible suponer los mismos retos para los Comités Intersecretariales Estatales y Municipales creados –si bien aún no se logra la instauración de la totalidad de estos últimos–. En los Comités Estatales, además, al ser un espacio de coordinación de las contrapartes de las dependencias federales, existe el reto de que la participación de las instancias estatales es opcional y queda a voluntad del estado.

Por otro lado, a nivel comunitario los avances en la integración de comités comunitarios han sido heterogéneos entre las entidades, con un marcado contraste inclusive entre las seis entidades con mayor concentración de la población objetivo de la CNCH. En términos del funcionamiento de los comités comunitarios también destaca que, a partir de la información disponible, no es posible conocer con certeza qué acciones se han instrumentado de entre las que se expresan en la normatividad de esta instancia. Asimismo, esto podría ser un indicativo de que la estructura operativa de la CNCH creada para dar acompañamiento en todas sus etapas (instauración, operación y evaluación de avances) no ha funcionado en la práctica en la forma esperada (Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine, 2014).

Un desafío importante que presenta el SINHAMBRE es la debilidad en la normatividad sobre el flujo de información entre las instancias de la CNCH en ambos sentidos –del nivel federal hasta el comunitario y viceversa– y, en consecuencia, las implicaciones de las decisiones adoptadas por una instancia en las del resto de los participantes. No hay suficiente claridad sobre la inserción de cada instancia dentro del andamiaje institucional de la Cruzada, así como sobre los alcances y resultados que se espera de cada una, incluyendo la aportación de recursos. Sería deseable que la CI, como órgano máximo de coordinación de la CNCH, base sus análisis en información consolidada que integre aquella generada por todas las instancias en los tres niveles, incluyendo los comités comunitarios, lo que contribuiría a asegurar que su trabajo impactará en las decisiones de política social tomadas a nivel federal.

4.3 Estrategia de cobertura

Las 7.01 millones de personas que constituyen la población objetivo de la CNCH habitan en los 2,456 municipios de las 32 entidades federativas. En este sentido, se considera relevante revisar de

qué forma la Cruzada se ha propuesto ir avanzando en la identificación y atención de esta población y qué tipo de criterios han guiado estas decisiones.

La estrategia de focalización adoptada por la CNCH comprende dos pasos, el primero, a nivel geográfico mediante la selección de municipios, y el segundo, mediante la focalización de individuos según sus características socioeconómicas. A la fecha se ha instrumentado la focalización geográfica, pero la focalización a nivel individual se encuentra todavía en proceso, como se detallará más adelante. En 2013, durante la primera etapa de instrumentación de la CNCH se seleccionaron 400 municipios y en 2014 se agregaron 612.

Así, considerando ambas etapas, hasta fines de 2014 se habían seleccionado 1,012 municipios, en los cuales se concentra 78% de la población objetivo de la Cruzada, es decir, de los 7.01 millones de personas en pobreza extrema alimentaria (SEDESOL, 2014a y 2014b). En el cuadro 2 se observa cómo se distribuyen los municipios atendidos y su población objetivo en las entidades federativas. Para 2015 se tiene planeado atender a la totalidad de los municipios del país.

Cuadro 2. Municipios atendidos por la CNCH y su población objetivo, 2013, 2014.

Estado	Total de municipios atendidos CNCH 2013 y 2014	Población objetivo en municipios atendidos		
		2013	2014	Total
Aguascalientes	2	12,195	4,556	16,751
Baja California	5	68,403	2,968	71,371
Baja California Sur	5	9,224	13,163	22,387
Campeche	8	32,181	31,817	63,998
Chiapas	97	623,629	135,522	759,151
Chihuahua	18	83,701	28,313	112,014
Coahuila	23	25,644	26,122	51,766
Colima	2	2,910	3,214	6,124
Distrito Federal	9	78,607	31,089	109,696
Durango	7	39,441	22,557	61,998
Guanajuato	21	174,188	76,135	250,323
Guerrero	77	476,239	110,658	586,897
Hidalgo	18	38,370	71,136	109,506
Jalisco	14	94,950	48,862	143,812
México	66	615,436	185,850	801,286
Michoacán	51	107,490	137,974	245,464
Morelos	7	6,339	30,593	36,932
Nayarit	4	11,839	14,589	26,428
Nuevo León	6	14,990	21,040	36,030
Oaxaca	291	198,816	146,349	345,165
Puebla	64	155,961	164,241	320,202
Querétaro	7	26,979	34,182	61,161
Quintana Roo	10	30,493	23,268	53,761
San Luis Potosí	29	83,665	107,321	190,986
Sinaloa	10	53,408	32,035	85,443
Sonora	17	24,934	57,573	82,507
Tabasco	13	138,905	37,181	176,086
Tamaulipas	15	35,808	38,852	74,660
Tlaxcala	4	12,409	6,050	18,459
Veracruz	85	301,864	177,576	479,440
Yucatán	13	21,759	30,072	51,831
Zacatecas	14	22,289	26,002	48,291
TOTAL	1,012	3,623,066	1,876,859	5,499,926

Fuente: Dávila, Ramírez, Ochoa y Yaschine (2014).

Con se puede apreciar en el cuadro anterior, posterior a la segunda etapa de incorporación, Oaxaca se convirtió en la entidad con el mayor número de municipios atendidos por la CNCH con 291 en total (29%), seguido por Chiapas con 97 (10%) y Veracruz con 85 (8%). A su vez, los estados que incrementaron al doble o más el número de municipios de 2013 a 2014 son Campeche, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. No obstante, los estados de Baja California, Baja California Sur y Quintana Roo son los únicos que tienen cobertura de la CNCH en todos sus municipios. El Estado de México tiene el mayor número de población objetivo en sus municipios atendidos (15% del total), seguido por los estados de Chiapas y Guerrero que ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente.

Para la definición de los municipios que participarían en la primera y segunda etapas se establecieron una serie de criterios de atención, en ambas etapas el principal de ellos se basó en el ordenamiento de los municipios de acuerdo con cuatro indicadores poblacionales: el número absoluto y porcentaje de personas en condición de pobreza extrema, así como el número absoluto y el porcentaje de población en pobreza extrema alimentaria. Adicionalmente, para proporcionar un carácter de representatividad nacional a la CNCH se aseguró que hubiera municipios de todas las entidades del país, aunque algunos no cumplieran con el criterio anterior (SEDESOL, 2014b: 1).

Una revisión del proceso de selección de los primeros 400 municipios muestra que se siguieron estos criterios en la mayoría de los casos, si bien los límites definidos por cada indicador para determinar los municipios a ser incorporados no son claros: se consideró a los 167 municipios con mayor porcentaje de personas en pobreza extrema (límite inferior de 59.1%), a 184 municipios con mayor número de personas en dicha condición (límite inferior de 15,539), a 140 municipios con mayor porcentaje de personas en pobreza extrema alimentaria (límite inferior de 33.7%) y a 150 municipios con mayor número de personas en dicha condición (límite inferior de 12,610). Dado que existen algunos municipios que cumplen con más de un indicador, en total se seleccionaron 381 municipios (95%) de acuerdo con este criterio (Dávila, Ramírez, Ochoa y Yaschine (2014); SEDESOL, 2013a; CONEVAL 2013a; Yaschine, Ochoa y Hernández, 2013). Sin embargo, no se justifica claramente la inclusión de los municipios restantes, además de que parece ser que se consideraron otros criterios que no necesariamente priorizan la condición de pobreza extrema alimentaria.²⁴

Para la selección de los municipios a incorporarse en la segunda etapa, 519 (86%) se eligieron según el criterio de la primera etapa, mientras que para la selección de los restantes 86 municipios se consideraron nueve criterios adicionales, los cuales no se asocian directamente con el hambre o la pobreza como se esperaría de una estrategia como la CNCH. Como ejemplo, estos criterios se basaron en la articulación con estrategias de desarrollo regional de algunos estados, la localización en zona fronteriza y la atención de situaciones coyunturales críticas como la afectación por fenómenos meteorológicos en Guerrero o la problemática de inseguridad en la zona de Tierra Caliente (SEDESOL, 2014b). Cabe mencionar que no se cuenta con información suficiente que sustente la prioridad de incorporación de los municipios seleccionados acorde con estos nueve criterios, respecto a municipios no atendidos por la Cruzada (Dávila, Ramírez, Ochoa y Yaschine, 2014).

Además de la focalización geográfica, como se señaló, la CNCH plantea que las acciones se focalicen en su población objetivo a nivel de hogar o individual. Para ello, la Cruzada emprendió un

²⁴ En la nota metodológica de la primera etapa se establecen algunos criterios adicionales, pero no son lo suficientemente claros. Véase Dávila, Ramírez, Ochoa y Yaschine (2014) para ejemplos al respecto.

levantamiento masivo de encuestas para recabar la información socioeconómica y demográfica necesaria de los hogares (y sus integrantes) y de las características de su vivienda.²⁵ Con base en esta información también será posible identificar a los hogares y personas que tengan alguna de las carencias sociales definidas por el CONEVAL, incluyendo la carencia de alimentación. No obstante, hasta fines de 2014 el levantamiento de esta información seguía en proceso y aún no se utilizaba para identificar a la población objetivo dentro de los municipios seleccionados por la CNCH (Dávila, Ramírez, Ochoa y Yaschine, 2014). Esto significa que, si bien se ha realizado una focalización municipal, no puede haber certeza de que las acciones reportadas como avances de la Cruzada están dirigidas exclusivamente a su población objetivo.

Así, hasta 2014 se habían implementado dos de las tres etapas de la estrategia cobertura de la CNCH, con las cuales se extendió la cobertura a 1,012 municipios donde habita el 78.4% de la población objetivo. Sin embargo, en cuanto a la focalización municipal debe enfatizarse la importancia de mejorar la claridad de los criterios de selección de los municipios participantes en la estrategia, en cuanto a su fundamentación (ligada con los objetivos de la CNCH), así como en su operacionalización. Alcanzar la cobertura total de los 2,456 municipios del país es un reto de gran envergadura, pero lo es más si consideramos la necesidad de hacer operativa la focalización de la población objetivo a nivel de hogar e individuos, de lo contrario no será posible la consecución de los objetivos planteados a cabalidad.

4.4 Análisis de presupuesto

Como se mencionó, la CNCH es una estrategia que engloba diversos programas federales, la mayoría preexistentes, que no recibe recursos propios para su operación sino que se basa en los presupuestos aprobados para los programas participantes, los cuales son instrumentados por diversas secretarías y dependencias. Bajo esta lógica, resulta interesante revisar la evolución de los recursos con que contaron estos programas en el periodo de 2012 (año inmediatamente anterior a la puesta en marcha de la CNCH y, por tanto, sirve como un punto de referencia), a 2014.

El listado de programas que conforman la Cruzada ha tenido modificaciones, entre los establecidos en el Decreto, los programas que participaron realmente en 2013 y los programas enunciados en el PNMSH en 2014 (identificados en el cuadro 3 como 'Programas 2013', 'Programas 2013b' y 'Programas 2014', respectivamente). De acuerdo con datos proporcionados por el CONEVAL, en general, el presupuesto de estos programas ha presentado un incremento real desde 2012 (ver cuadro 3). El presupuesto de los Programas 2013 tuvo un crecimiento real de 7.6% respecto a 2012, mientras que el presupuesto de los Programas 2013b aumentó 6.4% respecto a 2012.²⁶ Por su parte, los programas participantes en 2014 tuvieron un crecimiento anual (promedio) de 10.1% en su presupuesto, respecto a 2012.

²⁵ Se utilizó el Cuestionario Único de Información Socioeconómicas (CUIS) utilizado por SEDESOL desde 2010 para la focalización de sus programas sociales.

²⁶ Aunque se trata de un comparativo de los mismos programas, no debe perderse de vista que algunos de ellos han sufrido reestructuraciones lo que, en parte, ha estado asociado al objetivo de mejorar su alineación para contribuir a la CNCH.

Cuadro 3. Presupuesto aprobado 2012-2014 de los programas participantes de la CNCH por dependencia

DEPENDENCIA	Comparativo Programas 2013				Comparativo Programas 2013b				Comparativo Programas 2014			
	2012		2013		2012		2013b		2012		2014	
	Programas	Presupuesto	Programas	Presupuesto	Programas	Presupuesto	Programas	Presupuesto	Programas	Presupuesto	Programas	Presupuesto
CDI	7	8,471.84	7	8,847.07	7	8,471.84	7	8,847.07	6	8,434.57	3	9,465.74
DICONSA	1	1,912.76	1	1,925.04	1	1,912.76	1	1,925.04	1	1,912.76	1	1,929.44
DIF	1	297.66	1	291.15	1	297.66	1	291.15	1	297.66	1	177.37
FONART	1	179.09	1	156.13	1	179.09	1	156.13	1	179.09	1	212.05
INDESOL	0	-	0	-	1	420.68	1	321.64	1	420.68	1	332.36
INMUJERES	0	-	0	-	0	245.17	0	355.00	0	245.17	0	401.82
LICONSA	2	2,546.44	2	2,655.12	1	1,118.26	1	1,125.44	2	2,546.44	2	3,311.22
OPORTUNIDADES	2	71,783.53	2	72,301.46	2	71,783.53	2	72,301.46	2	71,783.53	2	77,558.08
SAGARPA	7	54,625.17	7	59,840.58	7	54,625.17	8	58,701.08	7	54,625.17	7	50,058.65
SALUD	4	72,473.50	4	72,850.79	3	69,512.83	3	70,030.10	3	69,512.83	3	73,194.40
SCT-SEDESOL-SEMARNAT	1	1,914.89	1	1,943.56	1	1,914.89	1	1,943.56	1	1,914.89	1	1,948.03
SE	3	2,860.72	3	2,710.65	4	3,263.49	4	2,877.93	4	10,367.11	4	12,047.77
SECTUR	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1,508.54
SEDATU	3	2,833.67	3	2,876.28	3	2,833.67	3	2,876.28	4	6,631.55	4	6,694.19
SEDESOL	5	31,141.55	5	38,726.97	3	27,298.68	4	34,637.16	7	31,717.39	9	57,253.02
SEMARNAT	9	14,993.89	9	16,083.89	6	10,818.74	6	10,919.53	7	12,782.19	7	13,842.41
SENER	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
SEP	3	8,153.67	3	13,480.80	5	9,577.87	5	13,453.95	6	14,417.97	6	35,739.13
SHCP	4	1,538.41	4	1,619.47	0	-	0	-	0	-	0	-
SSP	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
STPS	3	1,121.21	3	1,686.22	2	1,120.82	2	1,685.83	1	1,089.39	1	1,655.55
Total	56	276,848.01	56	297,995.17	48	265,395.17	50	282,448.34	54	288,878.39	54	347,329.77

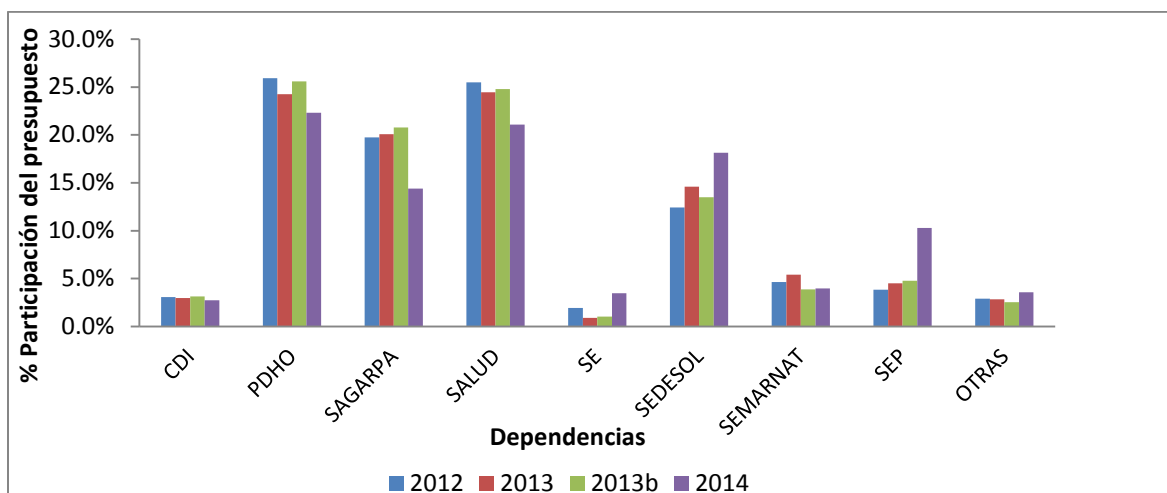
Nota 1: En la fuente consultada no se encontró información para todos los programas participantes. Nota 2: Para la comparación se consideró el presupuesto de los programas de SAGARPA, CDI y SEP que, en 2012 o 2013, son equivalentes a los programas de 2014 resultado de la reestructuración de estas dependencias. Los montos reportados en el cuadro son a pesos constantes de enero de 2014. Nota 3: Oportunidades es el actual Programa Prospera, pero en este trabajo se hace referencia a Oportunidades o PDHO.

Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yashine (2014) con base en información del CONEVAL.

Del total de los programas participantes en la CNCH, en 2013, las dos dependencias con mayor presupuesto son Oportunidades (PDHO) y la Secretaría de Salud (SALUD), representando prácticamente la mitad del presupuesto disponible de todos los programas de la estrategia. Sin embargo, para 2014, la participación de ambas dependencias disminuyó a 43.4%, debido a un incremento de la participación de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) de casi 5 puntos porcentuales, cada una (ver gráfica 1).



Gráfica 1. Distribución del presupuesto 2012-2014 de los programas participantes en la CNCH por dependencia



Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yashine (2014) con base en información del CONEVAL.

En cuanto a la inversión en los 400 municipios de la primera etapa de la CNCH se observa que ésta fue mayor en 2013 respecto a 2012, si bien existen discrepancias entre las distintas fuentes de información consultadas (véase cuadro 4). En la fuente de junio de 2014, se reporta que la inversión en 2012 fue de \$51,514 MDP,²⁷ con un incremento de casi 40% en 2013. No obstante, en la fuente de agosto de 2014 se tiene que la inversión en 2012 había sido de \$74,735 MDP y se incrementó casi 45% para 2013.²⁸

Cuadro 4. Comparativo de inversión 2012-2013 en los municipios de la CNCH, por dependencia

DEPENDENCIA	Fuente junio				Fuente agosto			
	2012		2013		2012		2013	
	Presupuesto	%	Presupuesto	%	Presupuesto	%	Presupuesto	%
SAGARPA	7,279.21	14.13	9,913.51	13.78	7,220.26	9.66	12,178.80	11.27
SALUD/DIF	-	-	61.54	0.09	52,193.70	69.84	58,325.18	53.96
SE	1,326.90	2.58	8,143.92	11.32	604.20	0.81	713.24	0.66
SEDESOL	37,740.30	73.26	45,572.73	63.33	9,505.24	12.72	15,300.25	14.15
SEDATU	567.76	1.10	832.74	1.16	611.67	0.82	832.74	0.77
SEMARNAT	1,828.03	3.55	3,672.59	5.10	1,828.03	2.45	3,672.59	3.40
SEP	-	-	-	-	-	-	13,359.27	12.36
SHCP	-	-	-	-	-	-	-	-
INMUJERES	-	-	27.45	0.04	-	-	27.45	0.03
CDI	1,255.42	2.44	1,699.64	2.36	1,255.42	1.68	1,699.64	1.57
STPS	720.37	1.40	817.28	1.14	720.37	0.96	817.28	0.76
SECTUR	-	-	-	-	-	-	-	-
SENER	501.02	0.97	849.16	1.18	501.02	0.67	849.16	0.79
SCT	295.46	0.57	375.66	0.52	295.46	0.40	320.43	0.30
Total	51,514.48	100.00	71,966.21	100.00	74,735.38	100.00	108,096.03	100.00

Nota: En las fuentes no se especifica si se trata de pesos corrientes o constantes.

Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine (2014) con base en información de la CNCH.

A nivel estatal, si se toma como referencia la estimación de la población objetivo de los municipios atendidos por la CNCH en cada estado, la asignación presupuestal parece regresiva. En 2013, seis entidades (Chiapas, Guerrero, México, Oaxaca, Puebla y Veracruz, sombreadas en rojo en el cuadro 5) que concentraban el 60% de la población objetivo, recibieron una inversión presupuestal promedio por persona de \$12,223 pesos, mientras que en cuatro entidades (Aguascalientes, Baja California Sur, Colima y Tlaxcala, sombreados en verde), que concentraban el 1.2% de la población objetivo, la inversión por persona fue de \$17,791 pesos (ver cuadro 5). Asimismo, en promedio, los seis estados que agrupan el mayor número de personas en pobreza extrema alimentaria, tuvieron una tasa de crecimiento menor de la inversión que los cuatro estados con menor población objetivo, de 2012 a 2013.

²⁷ Millones de pesos.

²⁸ Toda vez que en ninguno de los archivos se indican las fuentes directas de información ni se precisa algún detalle de la misma, no es posible determinar el motivo de esta diferencia entre las cifras reportadas.

Cuadro 5. Distribución estatal de la inversión 2012-2013 en los 405 municipios de la primera etapa de atención de la CNCH, considerando su población objetivo (estados seleccionados)

Entidad	No. Municipios	Población objetivo	% población objetivo	Inversión 2012	Inversión per cápita 2012	Inversión 2013	Inversión per cápita 2013	% crecimiento inversión per cápita 2012-2013
Aguascalientes	1	16,751	0.3	374,733,199	22,371	539,795,540	32,225	44.0
Baja California	3	71,371	1.3	977,565,026	13,697	1,497,573,111	20,983	53.2
Baja California Sur	1	22,387	0.4	206,146,400	9,208	202,659,369	9,053	-1.7
Campeche	3	63,999	1.2	690,600,857	10,791	1,092,043,978	17,063	58.1
Chiapas	55	759,153	13.8	7,734,786,284	10,189	10,703,486,906	14,099	38.4
Chihuahua	5	112,014	2.0	962,014,238	8,588	1,452,064,610	12,963	50.9
Coahuila	2	51,767	0.9	599,451,130	11,580	519,202,040	10,030	-13.4
Colima	1	6,124	0.1	132,232,424	21,592	191,846,139	31,327	45.1
Distrito Federal	4	109,698	2.0	1,532,031,291	13,966	1,960,400,193	17,871	28.0
Durango	3	61,999	1.1	862,880,830	13,918	1,490,806,383	24,046	72.8
Guanajuato	9	250,323	4.6	2,528,925,857	10,103	3,413,487,619	13,636	35.0
Guerrero	51	586,899	10.7	5,744,990,946	9,789	9,040,036,559	15,403	57.4
Hidalgo	5	109,507	2.0	627,895,166	5,734	1,071,955,789	9,789	70.7
Jalisco	6	143,812	2.6	1,204,117,501	8,373	1,976,100,855	13,741	64.1
México	32	801,283	14.6	7,155,080,066	8,930	8,508,996,919	10,619	18.9
Michoacán	7	245,465	4.5	1,190,042,806	4,848	1,738,085,312	7,081	46.1
Morelos	1	36,933	0.7	188,466,889	5,103	283,120,830	7,666	50.2
Nayarit	1	26,428	0.5	305,332,183	11,553	368,283,167	13,935	20.6
Nuevo León	1	36,030	0.7	255,464,636	7,090	409,611,726	11,369	60.3
Oaxaca	133	345,166	6.3	2,932,214,351	8,495	4,095,861,567	11,866	39.7
Puebla	14	320,201	5.8	1,700,756,296	5,312	2,322,916,895	7,255	36.6
Querétaro	2	61,163	1.1	492,654,906	8,055	766,826,767	12,537	55.7
Quintana Roo	2	53,761	1.0	763,877,079	14,209	925,647,649	17,218	21.2
San Luis Potosí	7	190,986	3.5	1,044,468,676	5,469	1,349,016,977	7,063	29.2
Sinaloa	4	85,442	1.6	2,186,456,522	25,590	3,162,916,060	37,018	44.7
Sonora	2	82,508	1.5	531,392,507	6,440	836,302,382	10,136	57.4
Tabasco	7	176,086	3.2	2,430,762,600	13,804	2,670,406,192	15,165	9.9
Tamaulipas	3	74,659	1.4	802,437,661	10,748	1,302,757,064	17,449	62.3
Tlaxcala	3	18,459	0.3	137,666,196	7,458	199,382,710	10,801	44.8
Veracruz	33	479,439	8.7	4,259,511,327	8,884	5,567,863,752	11,613	30.7
Yucatán	2	51,830	0.9	317,000,232	6,116	535,523,823	10,332	68.9
Zacatecas	2	48,292	0.9	642,524,909	13,305	1,771,227,360	36,677	175.7
Total	405	5,499,935	100.0	51,514,480,989	9,366	71,966,206,244	13,085	39.7

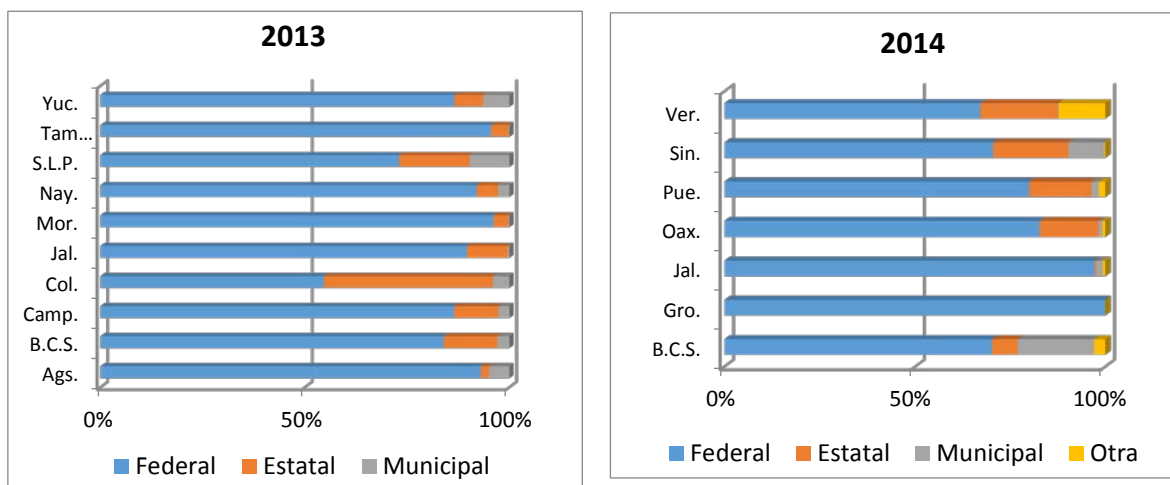
Nota: En la fuente no se especifica si se trata de pesos corrientes o constantes.

Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yashine (2014) con base en información de la CNCH.

Por último, para el análisis de la participación en la inversión de los tres niveles de gobierno, en 2013 las fuentes consultadas solo contienen información para 10 entidades federativas, mientras que para 2014 se reduce a siete entidades. En la gráfica 2 se puede observar que, en ningún estado, los municipios invierten más del 10% del total en actividades de la estrategia. La inversión estatal por su parte, presenta fuertes asimetrías, pues fluctúa entre el 2% en Aguascalientes y el 41.3% en Colima. Las cifras previas pueden ser un reflejo de los acuerdos alcanzados con cada entidad federativa.



Gráfica 2. Participación de inversión federal, estatal y municipal por entidad federativa, 2013 y 2014

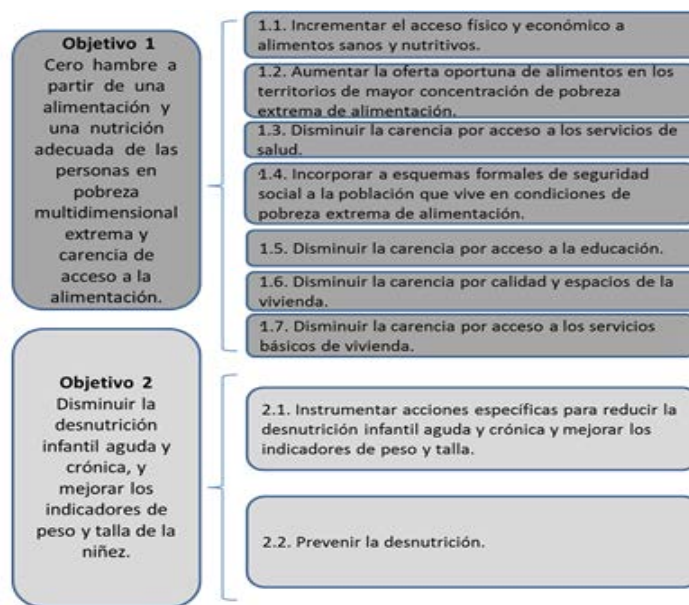


Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine (2014) con base en información de la CNCH.

4.5 Programas que contribuyen con el objetivo 1 y 2 de la CNCH: análisis de su pertinencia, eficacia y suficiencia²⁹

Este apartado se centra en los objetivos 1 y 2 que contemplan un conjunto de estrategias y líneas de acción encaminadas a atacar las manifestaciones de la inseguridad alimentaria en la población objetivo de la CNCH (véase figura 3).

Figura 3. Estrategias de los objetivos 1 y 2 de la CNCH³⁰



Fuente: Elaboración propia con base en Presidencia de la República (2014).

²⁹ Este análisis se basa fundamentalmente en el trabajo de Ochoa, *et. al.* (2014).

³⁰ Por cuestiones de espacio solamente se ilustran las estrategias. Para mayor detalle de sus líneas de acción específicas revisar Presidencia de la República (2014).

El análisis se acota a 22 programas de los 55 programas federales que se incluyeron como parte de la CNCH en el PNMSH, por ser los que están vinculados directamente con los dos objetivos de interés (se enlistan en el cuadro 6). El procedimiento para la identificación de estos programas quedó documentado en Hernández, *et. al.* (2014) y tomó en cuenta esencialmente el objetivo central y los objetivos específicos de los programas, así como el tipo de apoyos que contemplan.

Cuadro 6. Programas del PNMSH con una vinculación directa con los objetivos 1 y 2 de la CNCH

Dependencia	Nombre del Programa
CDI	Programa de Apoyo a la Educación Indígena (PAEI)
CONAFE	Programa de Acciones Compensatorias para Abatir el Rezago Educativo en Educación Inicial y Básica* (Acciones Compensatorias)
	Programa de Educación Inicial y Básica para la Población Rural e Indígena* (PEIBPRUIN)
CONAGUA	Programa de Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento en Zonas Urbanas (APAZU)
	Programa para la Construcción y Rehabilitación de Sistemas de Agua Potable y Saneamiento en Zonas Rurales (PROSSAPYS)
SALUD	Programa Caravanas de la Salud (Caravanas)
	Programa de Desarrollo Comunitario Comunidad Diferente (Comunidad DIFerente)
	Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD)
	Programa Seguro Popular (Seguro Popular)
SEDATU	Programa de Vivienda Digna (Vivienda Digna)
	Programa de Vivienda Rural (Vivienda Rural)
SEDESOL	Programa de Comedores Comunitarios (PCC)
	Programa de Abasto Rural a Cargo de DICONSA, S.A. de C.V. (PAR)
	Programa de Abasto Social de Leche a Cargo de LICONSA S.A. de C.V. (PASL)
	Programa de Apoyo Alimentario (PAL)
	Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas (PAJA)
	Programa de Seguro de Vida para Jefas de Familia (Seguro de Jefas)
	Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)
Programa Pensión para Adultos Mayores (PPAM)	
SEDESOL, SEP, SALUD, IMSS	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO)
SEDESOL, STPS, SCT, SEMARNAT	Programa de Empleo Temporal (PET)
SEP	Programa Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (PROMAJOVEN)**

Nota 1: *Las dos intervenciones de CONAFE son componentes del Programa de Educación Inicial, Educación Básica y Acciones Compensatorias. Se decidió abordarlos por separado para lograr mayor especificidad. Para facilidad en el análisis y redacción se les considerarán como programas; **El PROMAJOVEN es un componente del Programa Nacional de Becas que engloba un conjunto amplio de becas educativas. Como en el PNMSH sólo se incluye este componente, el análisis de Hernández, *et. al.* (2014) lo considera como un programa. Nota 2: Es importante mencionar que en el marco de la CNCH se incluyen otros programas que aportan a los objetivos de interés, pero como su vinculación se clasificó de tipo indirecta, no fueron incluidos en el análisis.

Fuente: Modificado de Hernández, *et. al.* (2014: 113-114).

El eje estructurador de este análisis es el enfoque de seguridad alimentaria de la FAO, en específico, las tres dimensiones con las que se asocian el primer y segundo objetivos de la CNCH: acceso, utilización y, en menor medida, con estabilidad. En esta lógica, del conjunto de 22 programas se identificó cuáles intervienen en la atención de cada una de estas dimensiones, habiendo programas que inciden en más de una. Posteriormente, se analizó cada uno de los programas con la intención de determinar qué tan pertinentes, eficaces y suficientes son para afrontar la problemática del hambre y la desnutrición infantil en el país.

El criterio de pertinencia revisa si los tipos de apoyos (intervenciones) de los programas son los recomendados en la bibliografía internacional especializada para resolver la problemática a la que están dirigidos.³¹ En el criterio de eficacia se analiza si las intervenciones de los programas han demostrado ser efectivas para resolver la problemática a la que están dirigidas.³² En lo relativo al criterio de suficiencia, se contrasta la cobertura actual reportada por los programas con la totalidad de personas que presentan el problema al que se enfocan los objetivos 1 y 2 de la CNCH (es decir, se delimitó el tamaño de la población con base en sus características etarias y de pobreza multidimensional referidas en el PNMSH), para determinar si los programas tendrían capacidad de atender a dicha población objetivo, tanto a nivel nacional (considerando los 400 municipios de la primera etapa en forma agregada), como a nivel municipal (analizando la población objetivo versus la población atendida en cada uno de los municipios).³³

A continuación se presentan las conclusiones más importantes que arroja este análisis integrado de los programas bajo estos tres criterios, por dimensión de la seguridad alimentaria.

Dimensión de acceso a los alimentos

En el cuadro 7 se enlistan las modalidades de intervención y tipos de apoyo para abordar el acceso económico y físico de los alimentos, así como los programas que fueron identificados que guardan correspondencia, lo cual proporciona información para valorar su pertinencia.

Cuadro 7. Intervenciones y tipos de apoyo recomendados, asociadas con la dimensión de acceso

Componentes de la dimensión	Intervención	Tipo de apoyo recomendados	Programas de la CNCH que incluyen alguno de estos tipos de apoyo
Acceso económico	Transferencia de ingreso	-Transferencias económicas condicionadas	PDHO
		-Transferencias económicas no condicionadas	PAL, PPAM
	Generación de ingreso	-Formación de capital humano	PDHO
		-Apoyo a proyectos productivos y microcréditos	NA
		-Políticas de empleo	NA

³¹ El análisis se hace con base en lo establecido en sus Reglas de Operación. Para una mayor profundidad requeriría analizar el detalle del diseño y la instrumentación de los programas. Como referencias sobre las recomendaciones internacionales se utilizaron los hallazgos descritos en Hernández, *et. al.* (2014) y Cortez, *et. al.* (2014). Asimismo, se revisaron las propuestas de HLPE (2012) sobre medidas de protección social para combatir la inseguridad alimentaria, principalmente aquella relacionada con la pobreza y la vulnerabilidad a la pobreza y al hambre.

³² En este caso, las fuentes de información revisadas fueron las Evaluaciones Específicas de Desempeño (EED) y las Evaluaciones de Consistencia y Resultados (ECR) más recientes de los programas, que varían entre 2007-2008 y 2012-2013.

³³ Debido a la disponibilidad de información, este análisis se restringió a los 400 municipios de la primera fase de instrumentación de la CNCH. Se utilizaron los datos de cobertura de los programas de 2013 o 2012 proporcionados por el CONEVAL, según estuvieran consolidados y bajo el supuesto de que los programas priorizan la atención de la población objetivo de la CNCH. Adicionalmente, se usó información del Censo de Población y Vivienda 2010, del grado de marginación de CONAPO, de la ENIGH 2012 y las estimaciones sobre la población objetivo al nivel municipal presentadas en el apartado de diagnóstico del PNMSH.

		-Apoyo a la generación de ingreso (guarderías)	NA
Acceso físico	Entrega directa de productos alimenticios	-Despensas -Suplementos alimenticios y alimentos enriquecidos -Comedores escolares -Comedores Comunitarios	PDHO, PAL, Comunidad DIFerente, Comedores Comunitarios, PAEI
	Abasto de alimentos	-Tiendas con precios preferenciales -Abasto de alimentos enriquecidos	PAR, PASL
	Autoproducción	-Huertos familiares y comunitarios	NA
	Creación de infraestructura	-Construcción de carreteras -Creación de formas de almacenamiento y conservación de alimentos.	NA

Nota: NA corresponde a intervenciones “no analizadas” en este documento por no tener vinculación directa con los objetivos 1 y 2 de la CNCH.

Fuente: Ochoa, *et. al.* (2014: 134, 139).

En general, el conjunto de programas analizados se consideran pertinentes para mejorar la problemática de carencia al acceso de alimentos, con base en su diseño y las recomendaciones sobre instrumentos de intervención adecuados para este propósito. Estas intervenciones favorecen un mayor consumo de alimentos nutritivos y aquellos que otorgan transferencias de ingreso además promueven una mayor utilización de los servicios de salud y de educación. Asimismo, los programas son progresivos pues focalizan sus apoyos a la población en pobreza o en pobreza extrema, a grupos indígenas y/o a personas en situación vulnerable.

En cuanto a la eficacia, las evaluaciones que se han realizado destacan resultados positivos de los distintos programas analizados (principalmente PAL, PDHO, PPAM, PAR y PASL), evidenciando que éstos han promovido una mejora en el consumo de alimentos de la población beneficiaria, en consecuencia, mejorando la diversidad de la dieta. No obstante, dada la importancia del PAR para el abasto de comunidades rurales, marginadas y dispersas, resalta la necesidad de reforzar su operación, asegurando la existencia de la canasta básica DICONSA en toda su red de tiendas –más aún en aquellas comunidades donde representa la única opción de abasto–, así como ubicar las tiendas según un diagnóstico de desabasto de alimentos y también podría considerarse un criterio de pobreza extrema alimentaria para su focalización.

Al analizar la cobertura a nivel nacional de los programas vinculados con la dimensión de acceso, ésta parecería suficiente para atender a toda la población objetivo de la CNCH. No obstante, al revisar los datos a nivel municipal, se concluye que no tendrían capacidad suficiente porque la población objetivo supera a la población beneficiaria de los programas en los municipios de la Cruzada. Por tanto, habría que incrementar su cobertura y mejorar la eficacia de su focalización para canalizar sus intervenciones prioritariamente hacia los municipios de la Cruzada, y dentro de éstos, a la población objetivo.

Dimensión de utilización de los alimentos

En el cuadro 8 se enlistan las modalidades de intervención y tipos de apoyo para abordar la dimensión de utilización de los alimentos, así como los programas que fueron identificados que guardan relación con esta dimensión.

Cuadro 8. Intervenciones y tipos de apoyo recomendados, asociados con la dimensión de utilización

Componentes de la dimensión	Intervención	Tipo de apoyo recomendados	Programas de la CNCH que tienen alguno de estos tipos de apoyo
Servicios de salud	-Acceso a los servicios de salud y fomento de su uso	-Centros de salud -Transferencias económicas condicionadas	PDHO, Seguro Popular, Caravanas
	-Atención a grupos prioritarios (niños, mujeres embarazadas y lactantes, adultos mayores) y a grupos en situación de vulnerabilidad	-Acciones transversales en los servicios de salud -Suplementos alimenticios -Seguimiento del embarazo -Promoción de lactancia materna -Énfasis en los primeros dos años del menor	Seguro Popular, PDHO Caravanas, Acciones Compensatorias, PEIBPRUIN PROMAJOVEN
	-Acercamiento de los servicios de salud a comunidades alejadas	-Unidades móviles	Caravanas
	-Ampliar la infraestructura y equipamiento de los servicios de salud	-Construcción de unidades de salud -Inversión en equipo y medicinas	PDZP
	-Ampliar el aseguramiento integral de la salud	-Esquemas de aseguramiento	Seguro Popular
Orientación nutricional	-Ampliar el conocimiento de temas de alimentación y nutrición	-Talleres o pláticas de orientación nutricional -Transferencias económicas condicionadas	PDHO, Acciones Compensatorias, PEIBPRUIN
Desnutrición infantil	-Prevención y atención de la desnutrición	-Transferencias económicas condicionadas y no condicionadas -Alimentos enriquecidos para niños, niñas y mujeres embarazadas -Suplementos alimenticios para niños, niñas y mujeres embarazadas -Alimentación en casa, escolar o comunitaria -Lactancia materna -Orientación nutricional -Seguimiento de peso y talla -Protocolos de atención y seguimiento a casos de desnutrición -Alimentos terapéuticos	PDHO, PAL, Caravanas, Seguro Popular, PASL, Comedores Comunitarios, Acciones Compensatorias, PEIBPRUIN, PAEI
Educación	-Fomentar la asistencia y permanencia escolar	-Becas y apoyos económicos -Apoyos en especie: útiles escolares -Transferencias económicas condicionadas	PDHO, PAJA, PEIBPRUIN, PAEI, Acciones Compensatorias, PROMAJOVEN
	-Creación de infraestructura escolar	-Inversión en infraestructura escolar	NA
	-Proveer alimentación en las escuelas	-Desayunos y comedores escolares	PAEI, PAJA

Componentes de la dimensión	Intervención	Tipo de apoyo recomendados	Programas de la CNCH que tienen alguno de estos tipos de apoyo
Calidad de la vivienda	-Mejoramiento de vivienda	-Piso y techo firme -Estufas ecológicas	PDZP, Vivienda Digna Vivienda Rural, PAJA
	-Construcción de vivienda	-Subsidios de vivienda -Créditos de vivienda	Vivienda Digna, Vivienda Rural
Servicios de la vivienda	-Provisión de servicios básicos a la vivienda	-Agua potable -Drenaje -Electrificación	PDZP, Vivienda Digna, Vivienda Rural, APAZU PROSSAPYS

Fuente: Adaptado de Ochoa, *et. al.* (2014).

Respecto al componente de servicios de salud, el conjunto de instrumentos de intervención de la CNCH se consideran pertinentes para incidir en la atención de la problemática identificada, ofreciendo diversos tipos de apoyos como los que son recomendados. Sin embargo, cabe resaltar la necesidad de asegurar que el programa de Caravanas tenga una cobertura suficiente para atender a las comunidades más marginadas, en tanto también se impulse la ampliación de la infraestructura de salud hacia dichas comunidades. Respecto al Seguro Popular, algunos puntos críticos son que es un sistema de aseguramiento acotado en cuando al tipo de intervenciones que cubre, su capacidad y calidad de atención está limitada por los recursos con que cuenta (como infraestructura, personal médico), afianzando la segmentación y estratificación de los servicios públicos de salud (CONEVAL, 2012b; Valencia, Foust y Tetreault, 2012).

En materia de desnutrición infantil, los programas de la CNCH se consideran pertinentes al contemplar esquemas de salud que buscan prevenir y atender los casos de desnutrición con distintas acciones acordes con las recomendaciones. Los programas analizados en materia de salud y desnutrición infantil son progresivos al dirigirse a la población en condición de pobreza, en comunidades marginadas o que no tiene acceso a la seguridad social.

Por otro lado, los programas participantes en materia de educación son pertinentes para promover la asistencia y permanencia escolar de grupos vulnerables. Asimismo, las intervenciones de los programas de la CNCH en materia de mejoramiento de la vivienda y de provisión de servicios básicos a la vivienda son pertinentes. Los programas son progresivos toda vez que se dirigen a la población por debajo de la línea de bienestar y a las comunidades marginadas.

En cuanto a la eficacia de estos programas, las evaluaciones documentan en general resultados favorables de aquellos relacionados con el componente de servicios de salud en cuanto al aumento en el acceso y uso de estos servicios, así como en la mejora de las condiciones de salud de la población beneficiaria (esto último particularmente en el caso de Oportunidades). Sin embargo, las evaluaciones sugieren garantizar un acceso efectivo a servicios de salud de calidad y también advierten que es necesario asegurar una atención integral de salud para la población con mayor nivel de marginación.

Las evaluaciones, por su parte, han proporcionado evidencia de impactos positivos de algunos programas en indicadores de nutrición infantil (como PDHO, PAL y PAEI, con énfasis en los primeros dos). En contraste, en las evaluaciones del Seguro Popular y Caravanas no se encontraron resultados relevantes al estado nutricional de sus beneficiarios. No obstante, a pesar de los avances logrados a través de los programas existentes, todavía existe alta prevalencia de desnutrición entre la población objetivo de la CNCH, lo que obliga a reconocer la necesidad de fortalecer los esfuerzos para mejorar la efectividad de sus acciones. Entre los aspectos que deben mejorarse para permitir una mayor incidencia se encuentran: asegurar una focalización efectiva en los niños y que los

alimentos que se les proporciones sean acorde a las normas nutricionales, reforzar las actividades educativas de prácticas saludables de forma que las transferencias monetarias se destinen preferentemente al consumo de alimentos nutritivos. Así también, incluir un monitoreo adecuado del embarazo para combatir la anemia y la desnutrición desde la gestación; promoción de la lactancia materna; monitoreo del peso y talla de los niños. Los avances de este componente también están estrechamente ligados con la calidad de los servicios de salud que, como se señaló, es sub-óptima.

La mayoría de los programas comprendidos en el componente de educación reportan resultados positivos en la asistencia y permanencia escolar. A pesar de ello, la calidad de los servicios educativos y los resultados en otros indicadores educativos relevantes están en niveles menores a los deseables, principalmente en las zonas pobres y marginadas del país como son las rurales e indígenas, lo que enfatiza la necesidad de aumentar la inversión en dichos contextos y reforzar la estrategia en esta materia.

Los programas relacionados con la vivienda han mostrado tener una incidencia positiva en las condiciones y espacios de la vivienda de la población (reducción de pisos de tierra y uso de materiales de baja calidad, disminución del hacinamiento) y también ha aumentado la cobertura de los servicios básicos a la vivienda, si bien esto se ha dado en un ritmo lento.

Respecto a la suficiencia de cobertura, se considera que los programas establecidos en el PNMSH en el componente de salud tendrían capacidad suficiente para atender a la población objetivo de la CNCH. No obstante, no se detectaron acciones para ampliar y consolidar la infraestructura de salud y evaluaciones de PDHO sugieren que su cobertura es insuficiente en localidades indígenas, marginadas y dispersas. Es importante resaltar que el Seguro Popular y PDHO son los pilares en materia de prevención y atención de la desnutrición contenidos en el objetivo 2 de la CNCH (inclusive de toda la Cruzada). Como es de esperarse, su cobertura actual a nivel nacional resulta mayor a la población objetivo de la CNCH, por lo cual podría considerarse suficiente. Sin embargo, cuando no están presentes ambos programas, la cobertura del resto de programas participantes resulta por demás insuficiente.

En materia educativa, la atención que pueden brindar los programas participantes es insuficiente, tanto de forma agregada como a nivel municipal, por lo que la CNCH debería considerar la posibilidad de incluir otros programas que contribuyan a fortalecer el componente alimentario en las escuelas a través de la inclusión de programas existentes como el Programa Escuelas de Tiempo Completo, todos los componentes (o los que resulten más pertinentes para la población objetivo) del Programa Nacional de Becas y el Programa de Desayunos Escolares del SNDIF.

Por otro lado, la cobertura de los programas dirigidos a mejorar la calidad y espacios de la vivienda resultaría insuficiente para cubrir a la totalidad de la población objetivo estimada a nivel nacional (al menos en la una mitad de las variables analizadas), lo que hace evidente la necesidad de avanzar en el abatimiento de estas carencias. Por el contrario, la cobertura de los programas enfocados a la carencia de servicios básicos en la vivienda sí parecen tener una cobertura suficiente de la población objetivo de la Cruzada.

Dimensión de estabilidad en el tiempo

En el cuadro 9 se enlistan las modalidades de intervención y tipos de apoyo relacionadas con la dimensión de estabilidad, así como los programas que fueron identificados que guardan correspondencia con ella.

Cuadro 9. Intervenciones y tipos de apoyo recomendados, asociados con la dimensión de estabilidad

Dimensión	Intervención	Tipo de apoyo recomendados	Programas de la CNCH que incluyen alguno de estos tipos de apoyo
Disponibilidad	-Dar estabilidad a la oferta	-Seguros agrícolas y ganaderos	NA
Acceso	-Transferir ingresos extraordinarios	-Transferencias en efectivo -Programas de Empleo Temporal	PET, PAEI, PPAM, PAJA, Seguro de Jefas
	-Garantizar abasto de alimentos	-Entrega de despensas -Comedores comunitarios y escolares	PAR, PDZP (Comedores)
Utilización	-Prevención de enfermedades	-Campañas para prevenir enfermedades infecciosas, enfermedades de la piel y otras durante contingencias.	No se identificó algún programa
	-Reconstrucción y rehabilitación	-Apoyos para reconstrucción de viviendas afectadas. -Fondos para reconstrucción de infraestructura social y carreteras dañadas.	PDZP (infraestructura)

Nota: NA corresponde a intervenciones no analizadas en este documento por no tener relación directa con los objetivos 1 y 2 de la CNCH.

Fuente: Ochoa, *et. al.* (2014 :205).

En esta dimensión los tipos de apoyo contemplados por los programas revisados son pertinentes. Los programas son progresivos porque atienden a personas en pobreza (que no se benefician del sistema de seguridad social), a grupos vulnerables, o bien, actúan en localidades marginadas. No obstante, se considera que las intervenciones hasta ahora comprendidas son limitadas ante la variedad de riesgos o contingencias que enfrentan las personas y que pone en riesgo la seguridad alimentaria. De ahí que se insista en que esta dimensión es la menos robusta dentro el diseño de la CNCH, lo que sugiere incluir medidas de estabilidad adicionales con atención en aquellas que ayuden a proteger el consumo de la población objetivo.

Desafortunadamente, con excepción del PET, no se encontró información en las evaluaciones de los programas relacionadas con esta dimensión, lo cual limita la posibilidad de valorar su eficacia. Una parte importante de los proyectos que promueve el PET mediante la participación laboral de la población a cambio de una transferencia son: proyectos de construcción o rehabilitación de centros de salud, y campañas de prevención y control de enfermedades transmisibles; así como proyectos de construcción, ampliación o rehabilitación de sistemas de agua potable, alcantarillado, infraestructura educativa y caminos rurales. En este sentido, muestra capacidad para generar mejoría en la percepción de ingreso y bienestar de la población en situaciones de contingencia. Sin embargo, las evaluaciones advierten que su mecanismo de autoselección puede generar errores de inclusión y exclusión.

En general, la cobertura de los programas a nivel nacional parecería suficiente para atender al total de la población objetivo de la Cruzada. Sin embargo, la revisión a nivel municipal refleja que existen programas, como el PAR, que no tendrían la posibilidad de atender en caso de contingencia al total de la población objetivo (asumiendo que toda la población resultara afectada), menos aún en aquellos municipios de muy alta y alta marginación. Por ello, la implementación de un atlas nacional de riesgos como está considerado en el PNMSH podría apoyar un análisis más específico respecto a

la capacidad real de los programas que conforman la CNCH, para prevenir y atender riesgos que puedan vulnerar el derecho a la alimentación.

4.6 Avances en la instrumentación de actividades de la Cruzada

En congruencia con los diferentes componentes del marco lógico de la CNCH, y una vez que se han revisado en apartados previos, la alineación de los objetivos y los atributos de los instrumentos de intervención de esta estrategia,³⁴ en este apartado se analizan los avances en términos de las actividades a ser desarrolladas por la Cruzada para el período 2013-2014,³⁵ considerando seis áreas temáticas: el avance de las actividades para 2013-2014 a nivel agregado; el avance de las actividades a nivel municipal, por entidad federativa en 2013; el avance de las actividades con relación a su meta; el avance de las actividades en la atención de su población objetivo; y el análisis de los resultados según los objetivos de la CNCH. Para ello, se utiliza la información disponible de las actividades instrumentadas por los distintos programas que conforman la estrategia (con corte al 30 de junio de 2014).^{36,37}

Avance de las actividades de la CNCH 2013-2014

El cuadro 10 presenta el avance en la instrumentación de las actividades de la CNCH para 2013-2014. Se puede apreciar que para 42 de las 111 actividades (37.8%) de la CNCH no se cuenta con información de avances para el periodo. En cuanto a las actividades con información (69 en total), 19 de ellas (27.5%) tuvieron presencia en 364 o más (90%) de los municipios de la primera etapa; en tanto, 29 actividades (42%) sólo tuvieron presencia en 162 de los municipios o menos (40%) (columna A). Los avances en la atención de los municipios de la segunda etapa de la CNCH fueron todavía menores: 33 actividades (48%) aún no presentaban avances y sólo 9 (13%) tenían presencia en el 90% de los municipios de esta etapa (columna B). En contraste con lo anterior, si se revisa el avance municipal con relación a las metas programadas, se observa que en 33 actividades (47.8%) se tenía un avance promedio mayor al 90% de lo programado; incluso, en 10.3% de las actividades se logró rebasar la meta promedio establecida (columna C).

En cuanto a la capacidad de atención respecto a la población objetivo estimada, en 20 de las actividades (29%) que presentan avance, los recursos disponibles permitirían atender a toda la población objetivo de los 405 municipios³⁸ (si solo se destinaran a la población objetivo) de la primera etapa de la CNCH (columna D). No obstante, en la mitad de estas actividades se lograría atender, como máximo, al 40% de la población objetivo. En tanto, en los municipios de la segunda etapa, únicamente 13 actividades (18.8%) podrían atender en su totalidad a la población objetivo, mientras que el 49.3% de las actividades no presentan avances en la atención de la población

³⁴ Acotado a aquellos alineados con los objetivos 1 y 2.

³⁵ Según se plantearon en su matriz de marco lógico o "Matriz de Indicadores". Véase SEDESOL (2014a).

³⁶ Para la elaboración de este apartado se utilizaron como fuentes de información los "Reportes de Avances de Acciones" de 2013 y 2014 en 405 y 1,012 municipios, respectivamente. Dichos documentos contienen información sobre el número de acciones programadas, avances en términos absolutos y en relación al cumplimiento de metas, número de beneficiarios, y monto de la inversión por actividad y municipio. La información original de avances está expresada en términos absolutos, esto es, número de acciones realizadas, número de metas establecidas, número de beneficiarios atendidos y monto de la inversión; no se señalan datos en términos relativos considerando algún referente.

³⁷ En Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine (2014) se describen los detalles metodológicos para la construcción de estos indicadores y el tratamiento de los datos.

³⁸ Debido a una contingencia en el estado de Guerrero se agregaron cinco municipios más a los 400 originalmente seleccionados.

objetivo (columna E).

Cuadro 10. Número de actividades por indicadores de atención 2013-2014 y rangos de porcentaje de avance

Rango de avance de las actividades	INDICADORES DE ATENCIÓN				
	Actividades por % municipios atendidos (405) (A)	Actividades por % municipios atendidos (607) (B)	Actividades por % avance promedio meta municipal 2013-14 (C)	Actividades por % de capacidad de atención a la población objetivo en los 405 municipios (D)	Actividades por % de capacidad de atención a la población objetivo en los 607 municipios (E)
0%	9	33	8	9	34
(0 a 20%]	9	13	7	16	15
(20 a 40%]	11	4	5	10	6
(40 a 60%]	12	4	7	4	0
(60 a 80%]	7	5	4	5	1
(80 a 90%]	2	1	5	2	0
(90 a 100%)	15	8	10	3	0
100%	4	1	16	0	0
Más de 100%	0	0	7	20	13
Subtotal	69	69	69	69	69
No disponible (ND)	42	42	42	42	42
Total	111	111	111	111	111

Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yashine (2014) con base en información de la CNCH.

Porcentaje de atención municipal por entidad en 2013

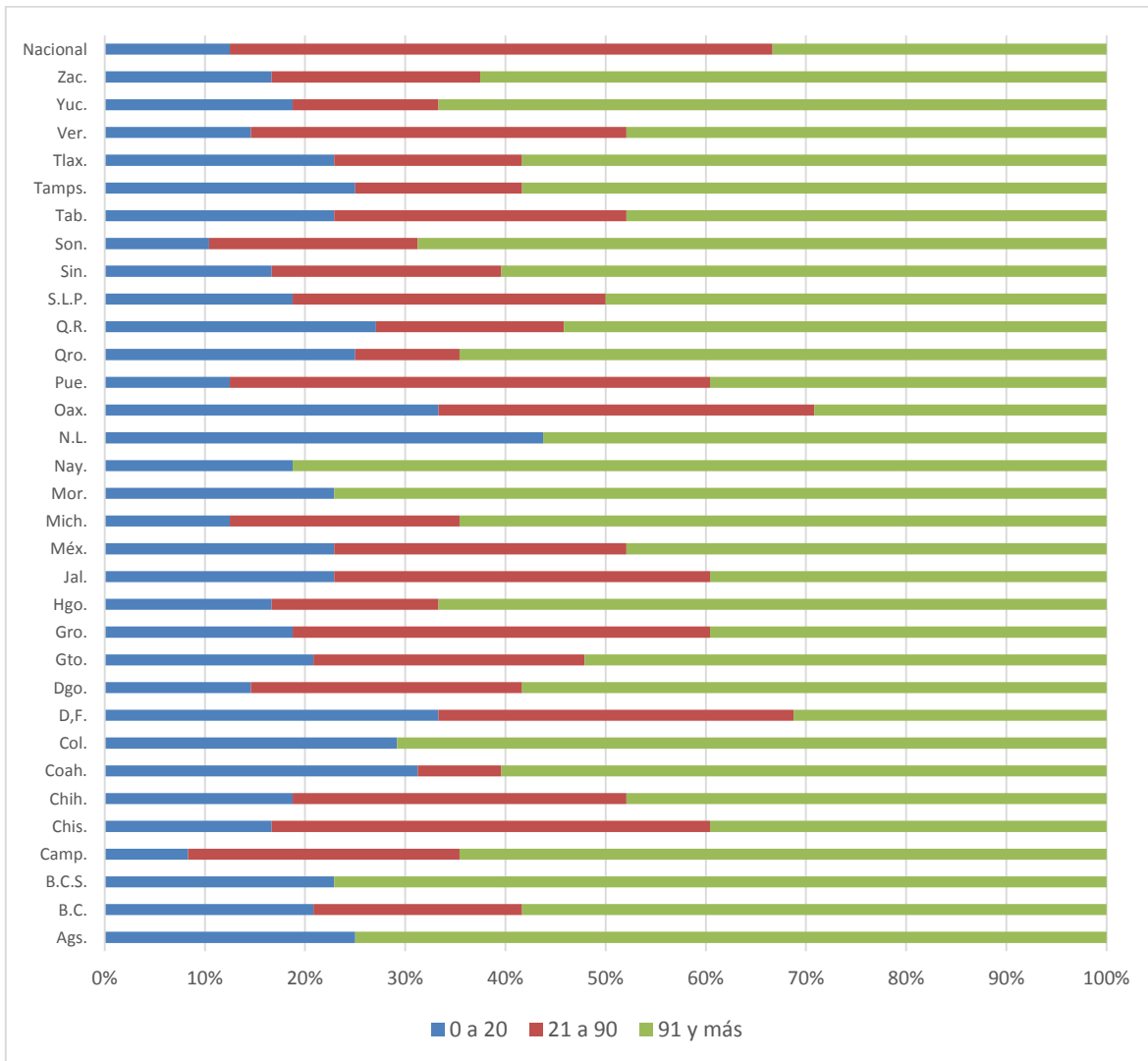
La gráfica 3 muestra la atención a nivel municipal en 2013 de las distintas entidades federativas, considerando únicamente las 48 actividades para las cuales se cuenta con información a este nivel. Se observa que existe heterogeneidad entre los estados. En Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, México, Oaxaca, Puebla y Veracruz (los 6 estados que concentran más del 50% de la población objetivo), únicamente 4 de cada 10 acciones se realizaron en todos sus municipios de la CNCH. Dentro de este grupo, Oaxaca fue el estado que tuvo menor porcentaje de cobertura municipal, pues solo 1 de cada 10 acciones tuvo presencia en todos sus municipios. En contraste, en Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Morelos, Nayarit y Sonora, más de 7 de cada 10 actividades se realizaron en la totalidad de los municipios participantes en la segunda etapa de la CNCH.

Una posible explicación de lo anterior es el número de municipios participantes, toda vez que los seis estados del primer grupo (con excepción del Distrito Federal)³⁹ tuvieron el mayor número de municipios participantes en la estrategia –lo cual implica mayor diversidad en la atención–, en contraste, en el segundo grupo (con excepción de Sonora) solo participó un municipio.⁴⁰

³⁹ Su rezago podría asociarse con problemas de coordinación interinstitucional debido a que para 2013 no había firmado el AIDSI, en el marco de la CNCH.

⁴⁰ En 2014, para casi la mitad de las 67 actividades que cuentan con información no se reporta atención en los municipios de la estrategia para todas las entidades, situación que podría deberse a que la información corresponde sólo del primer semestre del año. Debido a esto, no se incluye un análisis semejante para 2014.

Gráfica 3. Porcentaje de actividades por rangos de porcentaje de atención municipal, 2013



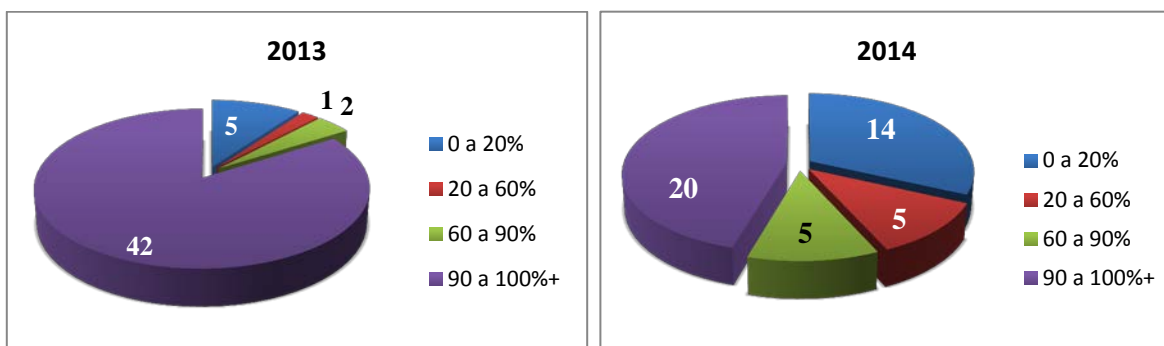
Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yashine (2014) con base en información de la CNCH.

Avance de actividades con relación a su meta

En la gráfica 4 se presentan las actividades por rangos de avance en el cumplimiento de sus metas establecidas.⁴¹ Como se puede observar, en 2013, la estrategia logró más del 90% de avance en el 84% de sus actividades para las que se cuenta con información (42 de 50) y, únicamente en el 4% de ellas no logró avance respecto a la meta. Por su parte, en 2014, en el 27.3% de las actividades (12 de 44) ya se cumplió con la meta; en el 25% de las actividades se tiene un avance mayor a 80% (sin llegar a alcanzar la meta); en 34.1% de las actividades se tienen avances menores al 80% de la meta propuesta; y en 13.6% de las actividades no se ha logrado avanzar.

⁴¹ En algunas de ellas, como la afiliación al Seguro Popular, la cuantificación no pudo realizarse a nivel municipal porque la información solo venía desagregada a nivel estatal. En consecuencia, se consideró el promedio estatal para el indicador. Cabe aclarar que este problema se presentó principalmente en las acciones realizadas por salud.

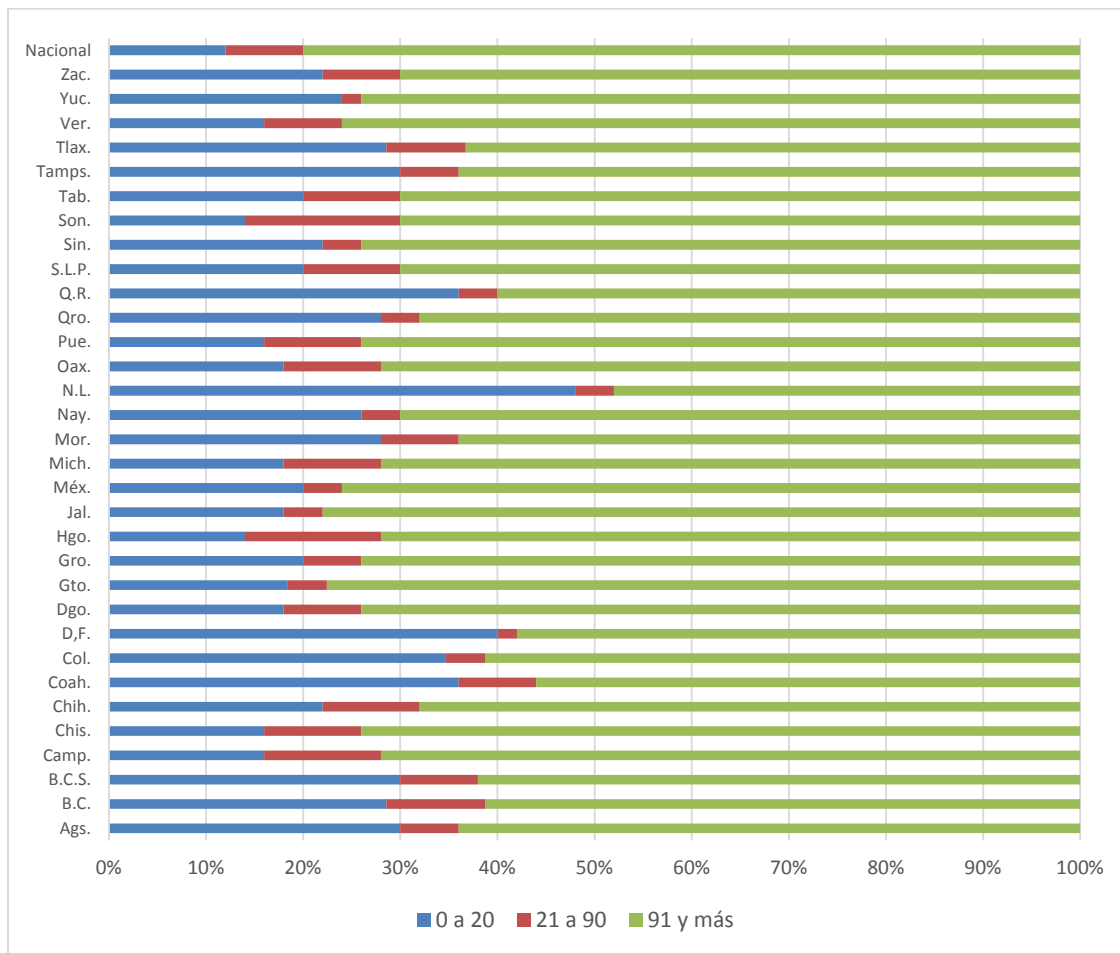
Gráfica 4. Número de actividades por porcentaje de avance promedio municipal, 2013 y 2014



Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine (2014) con base en información de la CNCH.

A nivel estatal, en 2013, con excepción de Nuevo León, Coahuila y Distrito Federal, todas las entidades alcanzaron el 90% o más de la meta comprometida en al menos 60% de las 50 acciones para las cuales se cuenta con información. Sin embargo, estas entidades también tienen el mayor número de actividades sin avance (1 de cada 3 en Distrito Federal y Coahuila, y prácticamente la mitad en Nuevo León) (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Porcentaje de actividades por rangos de porcentaje de cumplimiento de metas en 2013, por estado



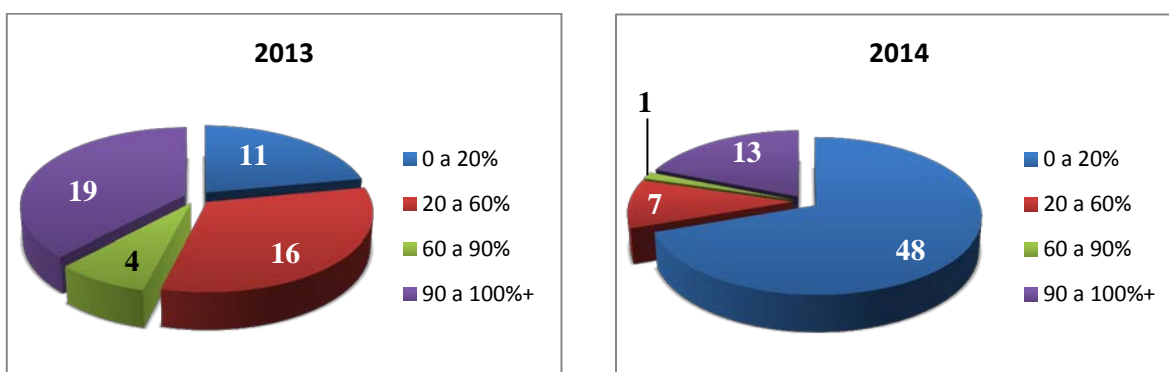
Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine (2014) con base en información de la CNCH.

Asimismo, en el primer semestre de 2014, en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Querétaro y Tlaxcala, 40% o más de sus actividades han logrado el 90% o más de sus metas comprometidas en el año; mientras que en Guerrero, Jalisco, México, Michoacán y Veracruz, un máximo de 1 de cada 4 actividades permanece sin avance; y, en Campeche, Coahuila, Colima, Distrito Federal y Nuevo León, más del 35% de las actividades todavía no presentan avances. En los estados de Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Sonora y Veracruz, solo en 20.5% o menos de las actividades han logrado un avance del 90% o más de la meta (Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine, 2014).

Atención de la población objetivo

La gráfica 6 ilustra el avance de la CNCH en cuanto a la atención de su población objetivo. Como puede observarse, en 2013, en el 34% de las actividades que cuentan con información se podría atender a la totalidad de la población objetivo de cada una de ellas, mientras que 46% de ellas podría atender a menos del 40% de su población objetivo. En 2014, el 18.8% de las actividades podrían atender a la totalidad de su población objetivo, mientras que cerca del 50% aún no dan atención a persona alguna.

Gráfica 6. Clasificación de actividades por porcentaje de capacidad de atención promedio de la población objetivo a nivel municipal, 2013 y 2014



Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yaschine (2014) con base en información de la CNCH.

Análisis de los resultados según los objetivos de la CNCH

En este apartado se revisan los avances de las acciones relacionadas con cada uno de los objetivos de la CNCH. Es importante señalar que de los seis objetivos que incluye la CNCH se dispone de mayor información para los objetivos 1 y 3. El cuadro 11 presenta el número de actividades por objetivo y el número de actividades para cuyos avances no hay información disponible. Se observa que el objetivo 1 concentra la mitad de las actividades de la estrategia. Por otro lado, en 2013, 1 de cada 3 actividades logró atender a más del 90% de los municipios y, en el 85.3% de las actividades se logró al menos un avance del 90%. En 2014, solo en el 15% de las actividades se logró, al menos, un avance del 90% de la meta establecida, mientras que en el 40% de las mismas no había habido atención.

El objetivo 2 de la CNCH cuenta con un total de 7 actividades (eliminando las duplicidades) de las cuales sólo 2 no cuentan con información disponible y una más únicamente para el año 2013. Algunos datos encontrados en ciertos indicadores sugieren la necesidad de revisar y validar la información reportada por la CNCH y, en su caso, incluir las notas que aporten claridad al reporte.

Cuadro 11. Actividades por objetivo de la CNCH, con y sin información

Objetivo de la CNCH	Número de actividades totales	Actividades sin información por % de municipios atendidos 2013	Actividades sin información por % avance promedio en la meta municipal 2013	Actividades sin información por % de capacidad de atención a la Población Objetivo 2013	Actividades sin información por % de municipios atendidos 2014	Actividades sin información por % avance promedio en la meta municipal 2014	Actividades sin información por % de capacidad de atención a la Población Objetivo 2014
1	50	18	16	16	10	29	10
2	13	9	9	9	9	8	7
3	19	11	12	11	9	11	9
4	3	3	3	3	1	3	1
5	16	13	13	13	9	9	9
6	7	7	6	7	6	6	6
Transversales	3	2	2	2	0	1	0
Total	111	63	61	61	44	67	42

Fuente: Elaborado por Dávila, Gutiérrez, Ochoa y Yashine (2014) con base en información de la CNCH.

Para el objetivo 3 no se cuenta con información para poco más de la mitad de las actividades. Para algunas de ellas no se especifica a la población objetivo que atienden. En 2013, en la mitad de las actividades se atendió a menos del 40% de los municipios de la estrategia y en dos de ellas se alcanzó una cobertura municipal del 92 y 98%; en el mismo año en 85.7% de las actividades se logró, al menos, el 80% de la meta propuesta. En contraste, en 2014 el 70% de las actividades han atendido a menos del 20% de los municipios de la CNCH y el 75% no ha superado ni la mitad de la meta establecida.

El objetivo 4 además de tener el menor número de actividades tiene los mayores rezagos de información, toda vez que en 2013 no existía información y en 2014 todos los valores de avance, metas e inversión se encontraban en ceros. Por su parte, el objetivo 5 de la Cruzada cuenta con 16 actividades y la disponibilidad de información pasó de 18.7% a 43.7% entre 2013 y 2014. El último objetivo es el que presenta menor información, pues sólo 1 de 7 actividades presenta avances. En lo referente a las tres actividades transversales, en 2013 sólo se cuenta con avances para la primera actividad; en 2014 todas se reportan pero ninguna presenta avances.

En los resultados anteriores es evidente la heterogeneidad en el número de actividades por objetivo y la falta de claridad en lo que respecta a la atención de la población objetivo. Existe la necesidad de fortalecer la estrategia para alcanzar algunos de los objetivos, así como contar con información integrada de las acciones que realiza la CNCH, la conformación de un Padrón Único que facilite la focalización de las acciones de los programas y el seguimiento de las mismas, así como la importancia de la consolidación de las cifras que se reporten.

5. Conclusiones: avances y retos de la CNCH

A partir de los hallazgos presentados en este trabajo, es posible formular las siguientes conclusiones respecto de los aciertos de la CNCH en su primera y segunda etapa de instrumentación, así como los principales retos por delante, cuya atención consideramos que contribuirían con la consecución de los objetivos planteados.

En el contexto de problemática alimentaria y nutricional del país resulta relevante la creación de la Cruzada, una estrategia cuyo diseño—en términos generales y con base en el enfoque de la FAO— se considera adecuado para promover la seguridad alimentaria de su población objetivo, enfocando su atención en la asociación entre la subalimentación y la condición de pobreza extrema. No obstante, como hemos argumentado en otro momento, esta estrategia tendido a evolucionar hacia una de combate a la pobreza, dejando de lado su intención original de garantizar el derecho a la

alimentación de la población mexicana en su conjunto a través de la consecución de su seguridad alimentaria (Yaschine, Ochoa y Hernández, en prensa; Ochoa, Hernández y Yaschine, en prensa). La CNCH no aborda la atención del fenómeno más amplio de la malnutrición, así como a la población con carencia de alimentación que no tiene condición de pobreza extrema, lo cual permanece como un reto de alta prioridad para la política pública mexicana en materia de seguridad alimentaria.

Al ser una estrategia, la CNCH se basa fundamentalmente en la coordinación de un conjunto de instancias que forman parte del SINHAMBRE, las cuales se han conformado en los primeros dos años de instrumentación de la estrategia. No obstante, existe heterogeneidad en el avance de la conformación de las instancias (según el nivel de gobierno, incluyendo el nivel comunitario) y en la calidad de la participación de los diferentes actores. Lo anterior podría explicarse en parte por la falta de claridad respecto de la inserción de cada instancia dentro del andamiaje institucional de la Cruzada y de los alcances y resultados que se espera de cada una, así como en el grado en que la información que reportan se utilice en la toma de decisiones de la política social a nivel federal. Asimismo, pesan el distinto grado de percepción de apropiación de la estrategia por parte de los actores gubernamentales y sociales involucrados. Estos aspectos (claridad, incidencia en las decisiones, participación y apropiación por parte de los actores) resultan cruciales para promover la coordinación y la integralidad de esta estrategia.

La revisión de la estrategia de cobertura seguida en la práctica denota que se respetaron los criterios establecidos para la selección de la mayoría de los municipios atendidos en ambas etapas de la CNCH, si bien, cabe advertir la falta de una clara fundamentación sobre la inclusión de ciertos municipios y la vinculación de algunos criterios con los objetivos de la CNCH (sobre todo en la segunda etapa).

En cuanto a los instrumentos de intervención de la CNCH, se reconocen esfuerzos importantes para avanzar en la alineación de los programas con los objetivos de la Cruzada, y en la vinculación entre éstos con la intención de que sus complementariedades contribuyan al logro de los mismos. Sin embargo, los programas –al ser en su mayoría preexistentes– tienen objetivos y niveles de cobertura diversos, abarcan una amplia gama de modalidades de apoyo y, en ocasiones, son dirigidos a grupos de población objetivo diferentes, por lo que tienen criterios de focalización distintos. Aunado a ello, no cuentan con información precisa sobre la población beneficiaria que cumple con el perfil de la población objetivo de la CNCH (desagregada a nivel municipal). Esto permitiría no sólo verificar que efectivamente se está priorizando la atención en la población que presenta mayores dificultades para ejercer su derecho a la alimentación, sino si confluyen a nivel de hogar e individual todas las intervenciones que requieren para ello. Lo anterior no sólo visibiliza los retos en materia de diseño y funcionamiento de la Cruzada, sino las limitaciones que ello representa para el análisis de una estrategia como esta.

En general, los programas más importantes dentro de la CNCH han probado efectos positivos en su población beneficiaria en términos de la problemática que buscan atender con sus intervenciones. A pesar de ello, existen aspectos críticos en términos de su diseño, operación y cobertura que deben atenderse para mejorar la eficacia de sus intervenciones, redundando en la incidencia de la Cruzada. Un aspecto crucial es la necesidad de garantizar el acceso efectivo a servicios educativos y de salud de calidad por parte de la población objetivo, lo que en sentido más amplio resalta la importancia de que se asegure una correcta instrumentación de todos y cada uno de los programas. Así también se requieren reforzar componentes dentro de programas ya contemplados en la Cruzada, como serían las acciones de promoción de la lactancia materna o el seguimiento nominal de los niños desnutridos, que han mostrado ser fundamentales para el combate de la

desnutrición infantil. En términos de diseño, por ejemplo, con relación con los programas de transferencias monetarias como el PDHO (que parece ser uno de los pilares de la CNCH), vale la pena motivar a una reflexión respecto a si el monto de transferencias es adecuado para garantizar el acceso económico a los alimentos, o bien, si sería conveniente un esquema de montos diferenciados acorde con la profundidad de la pobreza de la población.

Por otro lado, si bien los programas son progresivos porque dirigen sus acciones a la población en situación de pobreza, grupos vulnerables o a comunidades marginadas, un área de oportunidad compartida por el conjunto de programas es que siguen siendo excluidas, al menos una parte de ellas, aquellas localidades que históricamente presentan las mayores carencias: localidades rurales de alto y muy alto rezago social, muy pequeñas y de baja accesibilidad. Programas como el PASL o el de Comedores Comunitarios que atienden necesidades básicas de alimentación, o el de Caravanas que ofrece servicios básicos de salud, enfrentan dificultades operativas que les impide atender a esta población que debería ser prioritaria dentro de la población objetivo de la CNCH. En términos más amplios, llama la atención el hecho de que existe una falta de cobertura muy importante de los sistemas nacionales de salud y de seguridad social. Asimismo, existen programas cuya presencia a nivel municipal requiere ser densificada. Adicionalmente, todavía se debe avanzar en la inclusión de intervenciones pertinentes que podrían fortalecer la CNCH, como las Escuelas de Tiempo Completo o el Programa de Desayunos Escolares, o bien, en cuanto a la dimensión de estabilidad, incluir otros mecanismos que permitan suavizar los efectos de las contingencias en el consumo familiar. Como se ha mencionado, los programas (sus actividades y recursos) de la Cruzada se concentran en las dimensiones de acceso y utilización de la seguridad alimentaria y dejan en segundo orden de importancia las dimensiones de disponibilidad y estabilidad.

En materia presupuestal, un primer aspecto a destacar como debilidad es que la CNCH no ha contado con presupuesto propio, sino que opera a través de los recursos que reciben los diversos programas federales participantes. Aunque el presupuesto real de los programas tuvo un crecimiento real respecto a 2012 (previo a la CNCH), éste ha estado altamente concentrado en el PDHO y en la Secretaría de Salud, si bien otras dependencias han ido ganando peso paulatinamente. Esto se ha reflejado en un aumento en la inversión que las dependencias realizaron en los municipios atendidos en 2013 por la CNCH. No obstante, considerando el monto de la inversión per cápita a nivel estatal, la asignación presupuestal parece regresiva, pues los estados que concentran la mayor parte de la población objetivo, reciben una inversión menor que estados con bajo porcentaje de población objetivo. Estos resultados muestran la posibilidad de mejorar el funcionamiento de la CNCH, mejorando la focalización de recursos hacia estados y municipios que concentran a la población objetivo, así como reforzar el involucramiento de los distintos niveles de gobierno en la estrategia (incluyendo en términos de presupuesto).

En la base del marco lógico de la CNCH se encuentran las actividades específicas a ser desarrolladas alineadas con sus seis objetivos. De nuevo, un primer aspecto a resaltar es la insuficiente información concentrada por la Cruzada, lo que complejizó y limitó los alcances del análisis de los avances en este tenor. Pese a ello, fue posible advertir que la Cruzada ha tenido avances en las actividades, no obstante, no se ha logrado llevar a cabo la totalidad de las acciones contempladas ni se han instrumentado en todos los municipios de la CNCH, y tampoco se han alcanzado la totalidad de las metas establecidas.

La meta de ampliar la cobertura de la CNCH a todos los municipios del país en 2015 se vislumbra como un desafío de gran envergadura a la luz de los retos que aquí se han documentado. Merece la

pena preguntarse si no sería preferible consolidar el diseño y operación de la estrategia antes de buscar duplicar su escala.

6. Referencias

- CONEVAL. 2014a. *Listado CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2014*. En: <http://www.coneval.gob.mx/evaluacion/ipfe> [consulta: 20 de septiembre de 2014]. [Documento Excel]
- . 2013a. *Diagnóstico del Diseño de la Cruzada Nacional contra el Hambre*. En: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Cruzada%20contra%20el%20Hambre/DIAGNOSTICO_DISE%C3%91O_CNCH_OCTUBRE_2013.pdf [consulta: 25 de septiembre de 2014]
- . 2013b. *Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas 2012*. Resumen ejecutivo. Segunda Parte. Anexo. En: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Resumen_ejecutivo.aspx [consulta: 9 de mayo de 2014].
- . 2012a. *Anexo estadístico 2008 – 2012 sin considerar el indicador de combustible para cocinar*. En: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Anexo_estadistico_Resultados_nal_2008-2012_sin_combustible.aspx [consulta: 13 de mayo de 2014].
- . 2012b. *Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2012*. México, CONEVAL.
- . 2009. *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. En: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Metodologia.aspx> [consulta: 11 de mayo de 2014].
- CNCH. 2014a. *Comparativo de Inversión 2012 – 2013 por Municipio*. [Documento Excel]. Mimeo.
- . 2014b. *Comparativo de Inversión 2012 – 2013 en los 400 municipios*. [Documento Excel]. Mimeo.
- . 2014c. *Reporte de Avance de Acciones 2014 en los 1,012 municipios de la CNCH con corte al 30 de junio de 2014*. [Documento Excel]. Mimeo.
- . 2013a. *Informe de Acciones del Programa Anual de la Comisión Intersecretarial de la CNCH 2013 en los 405 municipios de la CNCH con cierre al 31 de diciembre de 2013 y corte al 31 de mayo de 2014*. [Documento Excel]
- . 2013b. *Reporte de Avance de Acciones 2013 en los 405 municipios de la CNCH con cierre al 31 de diciembre de 2013 y corte al 30 de abril de 2014*. [Documento Excel]
- Cortez, Fernando, Sara Ochoa e Iliana Yaschine. 2014. *Análisis de buenas prácticas y lecciones aprendidas nacionales e internacionales de experiencias similares a los Comedores Comunitarios*. México. [Documento derivado del Convenio DGAE/DPNPE/1/2014 entre el CONEVAL y la UNAM para realizar el proyecto “Estudio sobre los avances de la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH) en la primera fase de implementación 2014”]. Mimeo.
- Dávila, Laura, Adriana Gutiérrez, Sara Ochoa e Iliana Yaschine. 2014. “4. Análisis de los avances en la implementación y los resultados intermedios obtenidos. Análisis documental” en *III. Análisis documental sobre los avances respecto a los retos y compromisos señalados en el informe diagnóstico, respecto a sus resultados intermedios y de las modificaciones puestas en marcha de la Cruzada Nacional contra el Hambre*. México. [Documento derivado del Convenio DGAE/DPNPE/1/2014 entre el CONEVAL y el PUED-UNAM para realizar el

- proyecto “Estudio sobre los avances de la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH) en la primera fase de implementación”]. Mimeo.
- Dávila, Laura, Susana Ramírez, Sara Ochoa e Iliana Yaschine. 2014. “2. Análisis sobre la implementación de la estrategia de cobertura municipal” en *III. Análisis documental sobre los avances respecto a los retos y compromisos señalados en el informe diagnóstico, respecto a sus resultados intermedios y de las modificaciones puestas en marcha de la Cruzada Nacional contra el Hambre*. México. [Documento derivado del Convenio DGAE/DPNPE/1/2014 entre el CONEVAL y el PUED-UNAM para realizar el proyecto “Estudio sobre los avances de la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH) en la primera fase de implementación”]. Mimeo.
- ENIGH. 2013. *Tabulados básicos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2012*. En: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2012/ncv/default.aspx> [consulta: 22 de mayo de 2014].
- FAO. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). 1996. *Cumbre Mundial sobre la Alimentación*. Roma. En: http://www.fao.org/wfs/index_es.htm [consulta: 7 de mayo de 2014].
- FAO, FIDA y PMA. (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola. Programa Mundial de Alimentos). 2013. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Las múltiples dimensiones de la seguridad alimentaria*. Roma. En: <http://www.fao.org/publications/sofi/2013/es/> [consulta: 7 de mayo de 2013].
- FAO-PESA Centroamérica. (Programa Especial para la Seguridad Alimentaria). (s/f). *Conceptos Básicos*. En: http://www.pesacentroamerica.org/pesa_ca/conceptos.php [consulta: 22 de mayo de 2014].
- Hernández, Citlalli, Iliana Yaschine y Sara Ochoa. 2014. *Nota Metodológica con los criterios de inclusión y exclusión de los programas que se encuentran vinculados a los objetivos uno y dos de la CNCH*. México. [Documento derivado del Convenio DGAE/DPNPE/1/2014 entre el CONEVAL y la UNAM para realizar el proyecto “Estudio sobre los avances de la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH) en la primera fase de implementación 2014”]. Mimeo.
- HLPE. (The High Level Panel of Experts on Food and Nutrition). 2012. *Social protection for food security*. Italia. En: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/hlpe/hlpe_documents/HLPE_Reports/HLPE-Report-4-Social_protection_for_food_security-June_2012.pdf [consulta: 15 de abril de 2014].
- INSP. (Instituto Nacional de Salud Pública). 2012. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. En: <http://www.insp.mx/produccion-editorial/nuevas-publicaciones/3004-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2012-resultados-nacionales-2da-edicion.html> [consulta: 15 de mayo de 2014].
- Ochoa, Sara, Citlalli Hernández e Iliana Yaschine. En prensa. “Los retos de la Cruzada Nacional contra el Hambre como estrategia de seguridad alimentaria” en R. Cordera y M. Flores, *Séptimo Diálogo Nacional por un México Social: contra la desigualdad*. México, UNAM.
- Ochoa, Sara, Iliana Yaschine, Citlalli Hernández, Fernando Cortez, Laura Dávila y Alejandra Macías. 2014. *Evaluación integral de los programas relacionados con la CNCH y su vinculación con los objetivos 1 y 2 de la estrategia*. México. [Documento derivado del Convenio DGAE/DPNPE/1/2014 entre el CONEVAL y el PUED-UNAM para realizar el proyecto “Estudio

- sobre los avances de la Cruzada Nacional contra el Hambre (CNCH) en la primera fase de implementación”]. Mimeo.
- OHCHR-FAO. (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2010. *El derecho a la Alimentación Adecuada*. (34). En: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf> [consulta: 22 de mayo de 2014].
- Presidencia de la República. 2014. *Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional México sin Hambre*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de abril de 2014. En: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343097&fecha=30/04/2014 [consulta: 5 de octubre de 2014].
- . 2013. *Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre*. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de enero de 2013. En: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285363&fecha=22/01/2013 [consulta: 28 de enero de 2013].
- SEDESOL. (Secretaría de Desarrollo Social). 2014a. *Elementos técnicos de diseño, planeación e instrumentación del Programa Nacional México Sin Hambre*. En: <http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/TODOsobrelaCruzada> [consulta: 17 de octubre de 2014].
- . 2014b. *Nota Metodológica. Procedimiento de selección de los municipios de la segunda etapa de la Cruzada Nacional Contra el Hambre*. En: <http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/TODOsobrelaCruzada> [consulta: 31 de agosto de 2014].
- . 2013a. *Procedimiento de selección de los 400 municipios prioritarios de la Cruzada Nacional Contra el Hambre*. En: <http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/TODOsobrelaCruzada> [consulta: 31 de agosto de 2014].
- The National Academies Press. 2006. *Food Insecurity and Hunger in the United States: An Assessment of the Measure*. Washington, DC. En: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11578 [consulta: 27 de mayo de 2014].
- Valencia Lomelí E., D. Foust Rodríguez y D. Tetreault Weber. 2012. *Sistema de Protección Social en México a inicios del siglo XXI*. Santiago de Chile, CEPAL. En: http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/46798/P46798.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xsl [consulta: 15 de junio de 2014].
- Yaschine, Iliana, Sara Ochoa y Citlalli Hernández. 2013. *Análisis Diagnóstico sobre el Diseño de la Cruzada Nacional contra el Hambre*. México. [Documento derivado del Convenio DGAE/DPNPE/014/2013 entre el CONEVAL y la UNAM para realizar el proyecto “Análisis Diagnóstico sobre el Diseño de la Cruzada Nacional contra el Hambre”]. Mimeo.
- Yaschine, Iliana, Sara Ochoa y Citlalli Hernández (en prensa) “Cruzada Nacional contra el Hambre: análisis de su diseño desde un enfoque de seguridad alimentaria” en Enrique Valencia, *Nueva ronda de reformas estructurales en México, ¿nuevas políticas sociales?*, México: Planeta (Paidós)/Universidad de Guadalajara/PUED-UNAM/COLEF.