

**DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE
DICONSA S.A. DE C.V.**

**Diagnóstico del Programa de Apoyo
Alimentario**

Diciembre de 2009

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

INDICE

1	Introducción.....	5
1.1	Conceptos relevantes sobre desnutrición.....	6
1.2	Nutrición-desnutrición.....	7
1.3	Tipología de deficiencias nutricionales.	8
1.4	Los macro y micronutrientes.....	9
2	Identificación del problema.....	10
2.1	Las causas del problema.....	11
2.2	Los efectos (consecuencias del problema).....	19
2.3	Grupos afectados.	21
	2.3.1 <i>Mujeres y niños y la necesidad de mejorar el consumo de micronutrientes.</i>	21
	2.3.2 El problema de la desnutrición rural.....	24
2.4	Árbol de problemas.....	28
2.5	Justificación de la política e interrelación entre causas, problemas y efectos 29	
2.6	El círculo vicioso: causas-problema-efectos.....	29
2.7	La desnutrición como problema de salud pública.	30
2.8	La nutrición como un Derecho Humano.	32
2.9	Nutrición y los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM).	33
3	Caracterización del problema.....	35
3.1	Antecedentes y magnitud actual del problema.	36
3.2	Desnutrición.....	37
3.3	Anemia y deficiencia de micronutrientes.	44
3.4	Identificación de la población potencial.	49

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

3.5	Caracterización de la población potencial.	53
3.5.1	Dinámica y estructura poblacional.	53
3.5.2	Condiciones de vida y bienestar social	56
3.5.3	Dinámica económica.....	59
3.6	Identificación de la población objetivo	60
3.7	Caracterización de la población objetivo.	63
3.7.1	Dinámica y estructura poblacional.	64
3.7.2	Condiciones de vida y bienestar social.....	66
3.7.3	<i>Dinámica económica</i>	69

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Manifestaciones documentadas de desnutrición en México y principales causas según su tipo.</i>	<i>14</i>
<i>Tabla 2. Impacto de la desnutrición en el PIB y PPA en Centroamérica</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 3. Déficit de micronutrientes y muerte de niños menores a 5 años durante 2004</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 4. Objetivos del ODM en relación a la desnutrición</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 5. Prevalencia nacional de desnutrición por grupos de edad, población afectada, tendencia, zonas, regiones y estados. 2006.</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 6. Prevalencia nacional de anemia por grupos de edad, población afectada, tendencia, localidades, regiones y estados. 2006.</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 7. Número de localidades que conforman la población potencial según criterios de elegibilidad.</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 8. Localidades potenciales por estado y región. 2005</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 9. Porcentaje de la población con respecto al total nacional. 1995-2005</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 10. Población potencial por región y entidad federativa. 2005.</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 11. Población potencial y no potencial. 1995, 2000 y 2005.</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 12. Tasas de crecimiento anual poblacional. 1995-2005.</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 13. Estructura de la población potencial objetivo.</i>	<i>56</i>
<i>Tabla 14. Población analfabeta, sin educación básica completa y grado promedio de escolaridad. 2000-2005.</i>	<i>56</i>
<i>Tabla 15. Población potencial con derechohabiencia a servicios de salud. 2000-2005.</i>	<i>57</i>
<i>Tabla 16. Población con servicios de agua entubada, drenaje y energía eléctrica en la vivienda. 2005-1995.</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 17. Población ocupada por categorías de ingresos, 2000.</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 18. Población económicamente activa (PEA) por sectores económicos. 2000.</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 19. Población ocupada por sectores económicos. 2000.</i>	<i>60</i>
<i>Tabla 20. Localidades objetivo por región y estado. 2005.</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 21. Población potencial por región y entidad federativa. 2005.</i>	<i>64</i>
<i>Tabla 22. Población objetivo y potencial 1995, 2000 y 2005.</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 23. Porcentaje de la población objetivo con respecto al total nacional. 1995-2005.</i>	<i>65</i>
<i>Tabla 24. Estructura de la población objetivo 1995-2005.</i>	<i>66</i>
<i>Tabla 25. Población analfabeta, sin educación básica completa y grado promedio de escolaridad. 1995-2005.</i>	<i>66</i>
<i>Tabla 26. Población potencial con derechohabiencia a servicios de salud. 2000-2005.</i>	<i>67</i>
<i>Tabla 27. Población con servicios de agua entubada, drenaje y energía eléctrica en la vivienda. 2005-2005.</i>	<i>67</i>
<i>Tabla 28. Población ocupada por categorías de ingresos, 2000.</i>	<i>68</i>
<i>Tabla 29. Población económicamente activa (PEA) por sectores económicos, 2000.</i>	<i>69</i>
<i>Tabla 30. Población ocupada por sectores económicos, 2000.</i>	<i>70</i>

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

1 Introducción.

El diagnóstico que aquí se presenta tiene como objetivo mostrar una argumentación amplia del problema de la desnutrición en México. Asimismo, el diagnóstico responde a la propuesta de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) de justificar la creación o permanencia de programas federales a partir de la identificación del problema que busca resolver, haciendo una caracterización y análisis detallado de los elementos que conforman el problema específico, con la idea de dar paso a la creación o permanencia de un programa alimentario que atienda el problema de la desnutrición en México.

La existencia de problemas estructurales en la distribución de alimentos y la persistencia de condiciones poco propicias para la obtención de una buena nutrición¹ en México, hace necesario el diseño e implementación de un programa alimentario como el que aquí se describe al final del documento. En términos generales México no es un país en el que se carece de alimentos, pero aun así hay una gran cantidad de población que presenta serios problemas de desnutrición. Este es un problema que ha sido identificado en forma reiterada en las diversas encuestas sobre nutrición que se han realizado en el país. Algunos datos clave para entender la magnitud del problema son los siguientes:

- En México, la desnutrición infantil se mantiene entre las primeras cinco causas de mortalidad.
- Para el 2006 el 12.7% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica (baja talla) y 5 por ciento presentan bajo peso, lo

¹Un aspecto interesante en este sentido es que en estudios comparados a nivel internacional México está clasificado como uno de los países en los que una mayor disponibilidad de alimentos a nivel agregado tiene un bajo impacto en el estatus nutricional de los niños debido a que el problema es más bien de acceso no de disponibilidad. Ver Smith, Lisa C; y Haddad Lawrence 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries, a Cross-Country Analysis*. Research Report 111. Washington, D.C: International Food Policy Research Institute

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

que equivale a cerca de 1.2 millones de niños menores de cinco años con desnutrición crónica y cerca de 500 mil con bajo peso.

- La prevalencia de baja talla en menores de cinco años a nivel nacional es de 12.7 por ciento, en las zonas urbanas del norte del país ésta es de la mitad del promedio nacional; en las zonas rurales del sur representa el doble del promedio nacional; y entre niños indígenas es más del triple.

Varios factores contribuyen a la existencia de este problema entre los que se destacan las inadecuadas prácticas alimenticias, de higiene y salubridad, así como, la falta de recursos y las fallas en los modelos de intervención pública dirigidos a atender el problema, las cuales no se han realizado con la focalización adecuada para atender en forma suficiente el problema. En este documento se presenta un análisis detallado de la situación, la naturaleza del problema y de las opciones de intervención para resolverlo.

1.1 Conceptos relevantes sobre desnutrición.

La desnutrición en México es un problema de interés público porque afecta a poblaciones muy vulnerables y su existencia es parte fundamental de un círculo vicioso que redundo en enfermedades, poco rendimiento educativo y laboral, mal aprovechamiento de recursos y por lo tanto en más pobreza lo que a su vez tienen implicaciones negativas para la sociedad en su conjunto y no sólo para la población que resiente el problema de la desnutrición en forma directa.

La distribución territorial y social del problema y el comportamiento que han tenido los datos de desnutrición en el pasado muestran la existencia de causas que han demostrado ser difíciles de atender o que han probado su resistencia a los mecanismos de intervención pública que hasta ahora se han implementado. De manera particular se destaca el hecho de que es un problema que ataca

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

principalmente a la población rural ubicada en las localidades y las regiones más pobres y marginadas del país, donde hay un mayor porcentaje de población de niños menores de cinco años, de mujeres en edad reproductiva y de población de origen indígena.

La desnutrición como problema es un fenómeno que está asociado a la nutrición como condición necesaria para el funcionamiento y desarrollo óptimo del organismo a lo largo de todo el ciclo de vida. En ese sentido conviene señalar sin embargo que la presencia de desnutrición en un organismo se refleja en efectos colaterales inmediatos y de largo plazo, por lo que la etapa en la cual se atiende el problema tiene consecuencias diferenciadas siendo las políticas más efectivas las que subsanan el problema desde las primeras etapas de vida.

En términos muy generales se puede decir que el problema de desnutrición es un problema de política pública que crece en importancia en la medida que deja secuelas en el organismo que la sufre, afecta a amplios sectores de la sociedad, quita oportunidades a comunidades enteras de mejorar sus condiciones generales de vida y fortalece el círculo vicioso desnutrición-enfermedad-pobreza-desnutrición. En este sentido dos grandes partes del problema que es urgente atender son la disminución de la desnutrición en los grupos de población más vulnerables y en las localidades y grupos de población en los que por diversas condiciones se presenta una mayor prevalencia de la desnutrición, la anemia y la deficiencia de micronutrientes.

1.2 Nutrición-desnutrición.

Para hablar de desnutrición, es necesario hablar antes de la nutrición. Aunque existen diversas definiciones del concepto de nutrición, en términos generales puede definirse como un proceso mediante el cual el organismo adquiere de los alimentos la energía y los nutrimentos necesarios y en cantidad suficiente para el

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

sostenimiento de las funciones vitales y de la salud². La inadecuada ingesta de alimentos en cantidad o calidad ocasiona la mala nutrición, la cual se asocia con defectos en diversas funciones y con el aumento en el riesgo de varias enfermedades, por lo que la nutrición a lo largo de la vida es una de las determinantes principales de la salud³. Si la ingesta de alimentos no es suficiente durante el periodo crítico del desarrollo (la gestación y los dos primeros años de vida) provoca aumento en el riesgo de morbilidad y mortalidad durante la niñez y efectos adversos en el desarrollo mental y en la capacidad de trabajo a largo plazo.

Por otro lado, la mala nutrición por exceso lleva al sobrepeso y la obesidad, que son causa de varias enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y varios tipos de cáncer (Instituto Nacional de Nutrición, 2006:9), es decir, la mala nutrición es un concepto en el cual se identifican dos problemas: la desnutrición y la obesidad.

En este diagnóstico nos centramos en el problema de la desnutrición y nos referimos con este término a un estado de deficiencia en el consumo o biodisponibilidad de energía y/o nutrimentos que afecta negativamente la salud de quien la padece, es decir, el término desnutrición se reserva, convencionalmente, para expresar una deficiencia en el consumo de energía, proteínas o ambos.⁴

1.3 Tipología de deficiencias nutricionales.

² González, Teresa, Juan Rivera, et al (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL; OMS, 2006.

³ Rivera et al., 2001c, citado en González, Teresa, Juan Rivera, et al (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL; Shamah T., Villalpando S, et al (2007) Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. México. Instituto de Salud Pública

⁴ Ávila, Abelardo, Teresa Shamah (2005) *Diagnóstico de la magnitud de la desnutrición infantil en México*. México. CONAPO/SEGOB

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

La deficiencia nutricional puede ser clasificada de diferentes maneras: por su origen, podemos identificar a la *desnutrición primaria*, la *desnutrición secundaria* y la *desnutrición mixta*. La primera se debe a un consumo alimentario en cantidad insuficiente; la segunda se asocia a problemas en la utilización de los nutrientes por parte del organismo debido a problemas de absorción, metabólicos o por una demanda exagerada; la tercera se refiere a una combinación de las dos anteriores.

Asimismo, la *desnutrición aguda* está asociada con adelgazamiento, es decir, bajo peso para la talla; la desnutrición crónica o baja talla para la edad se refiere a la persistencia prolongada de la desnutrición deteniendo el crecimiento o produciendo alteraciones orgánicas además de la pérdida de peso y se puede reconocer por el bajo peso para la edad.

Por su intensidad se pueden identificar tres grados de desnutrición: el grado *leve* si la deficiencia es insipiente y sin riesgo de secuelas importantes; el *moderado* si el daño no compromete la vida pero el riesgo de secuelas es alto, y el *grave*, si la deficiencia pone en peligro la vida de quien la padece⁵.

1.4 Los macro y micronutrientes

Los especialistas han identificado dos tipos de desnutrición relacionadas con los macro y micronutrientes. La desnutrición proteica calórica, que incluye la ausencia permanente de macronutrientes, mucho más conocida como *mala nutrición proteica energética* (MPE) y la desnutrición como consecuencia de la ausencia de micronutrientes (la ausencia de vitaminas y minerales) en la ingesta diaria.

⁵ Ávila, Abelardo, Teresa Shamah (2005) *Diagnóstico de la magnitud de la desnutrición infantil en México*. México. CONAPO/SEGOB

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

La MPE es consecuencia directa de la ausencia de suficientes lípidos, proteínas y carbohidratos en el organismo humano y sus síntomas son visibles físicamente a través de infecciones parasitarias y virales (diarrea, sarampión, tosferina). Es un tipo de desnutrición que los especialistas han relacionado con el problema alimentario mundial y la disponibilidad adecuada de los alimentos en la población afectada, sean ancianos, adultos, mujeres o niños⁶.

La desnutrición de micronutrientes es un tipo de desnutrición que no es visible físicamente al principio, pero la falta de vitaminas y minerales en los porcentajes mínimos internacionales indica que existe desnutrición de micronutrientes o “hambre oculta” como también se le conoce. Los micronutrientes⁷ principales para el adecuado metabolismo son: el hierro, el yodo, el cinc y la vitamina A⁸.

Es necesario mencionar que la desnutrición presenta diferentes características dependiendo de la edad de quien la padece, por eso es importante diferenciar la desnutrición *in utero*, de la infantil o preescolar, de la escolar, de la del adolescente, el adulto o el anciano, así como de la de mujeres en edad reproductiva⁹.

2 Identificación del problema.

La desnutrición es un problema todavía grave en el país. Y lo es mucho más en los hogares en el medio rural. En México la prevalencia de la desnutrición crónica es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, de acuerdo con los resultados

⁶ FAO, 2002.

⁷ Los micronutrientes más importantes que la UNICEF sugieren se consuman cotidianamente son el hierro (ubicado en alimentos como el hígado, las carnes rojas, el huevo, el pescado, el pan integral y las legumbres), el yodo y la vitamina A (UNICEF, 2009).

⁸ UNICEF, 2009.

⁹ Avila, Abelardo, Teresa Shamah (2005) *Diagnóstico de la magnitud de la desnutrición infantil en México*. México. CONAPO/SEGOB.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

de la ENSANUT (2006), en las zonas rurales casi el 20% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica, porcentaje que es casi 10 puntos porcentuales más que en las zonas urbanas.

La calidad de la nutrición durante el embarazo de la mujer y los primeros dos años de vida del niño, es decir durante el periodo materno-infantil, tienen efectos que se encadenan y amplifican en el tiempo: los estragos de la desnutrición repercuten en la salud e integridad física de las personas, afectan el desempeño escolar, provocan un bajo aprovechamiento y la deserción temprana de la escuela, lo cual a su vez, repercute posteriormente en la historia laboral de los individuos, y condena a las nuevas generaciones a perpetuar la pobreza.

2.1 Las causas del problema.

Se pueden identificar varios factores asociados al problema de desnutrición. Dichos factores atraviesan por dimensiones económicas, socioculturales, políticas y ambientales, entre los que se encuentran principalmente: la insuficiente infraestructura de servicios públicos (salud y educación), el problema del desempleo y subempleo, pero una de las causas principales es el desconocimiento de prácticas adecuadas de alimentación (micronutrientes y lactancia materna), higiene y salud, y el acceso de alimentos ricos en macro y micronutrientes,

Existen estudios que ubican dos tipos de grandes causas de la desnutrición en los seres humanos. Las causas de tipo 1 están relacionadas con las prácticas y hábitos de una alimentación adecuada, además de las prácticas de higiene observadas en la población afectada¹⁰. En otras palabras, no sólo basta con tener los alimentos necesarios para que el ser humano pueda alimentarse, sino que

¹⁰ BM, 2008.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

hace falta aplicar una serie de medidas y normas en su consumo que posibilite una adecuada nutrición.

Desde la perspectiva de la desnutrición de micronutrientes, la visión de desnutrición por causas de inadecuadas prácticas y hábitos alimenticios tiene también un sustento consolidado. En países en vías de desarrollo la desnutrición de micronutrientes no sólo es por la carencia de ellos en la dieta, puesto que en realidad la población puede tener acceso a los alimentos ricos en micronutrientes en cantidades suficientes, sin embargo, los hábitos alimenticios determinados culturalmente favorecen que grandes grupos poblacionales consuman alimentos bajos en micronutrientes, pero altos, por ejemplo en carbohidratos.

El desconocimiento de hábitos higiénicos básicos, tales como: la limpieza y desinfección de los alimentos, lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, limpieza constante de lugares comunes de la vivienda, apartado de la basura, etc., contribuyen a agravar aún más el problema de las infecciones causadas por la inadecuada alimentación.

Un factor relacionado con las prácticas de higiene es el de la disponibilidad de agua. Según estimaciones de la OMS, en los países en desarrollo, entre 60 y 80% de la mortalidad infantil puede atribuirse a deficiencias en el suministro y saneamiento del agua. Una clara prueba de ello es la reciente epidemia del cólera en el país que ha puesto de manifiesto la importancia de depurar la infraestructura y los servicios de agua entubada y potable.

El segundo tipo de causas relacionan el problema de la desnutrición con la inseguridad alimentaría debido a la inadecuada distribución de alimentos en la población, por lo que se requiere con urgencia “la necesidad de alentar la distribución de los alimentos que garantice un buen estado nutricional para todos

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

los miembros del núcleo familiar”¹¹. En esta línea de explicación se sugiere que la inseguridad alimentaria está asociada a factores de tipo ambiental, económico y social, principalmente. En el ambiental, fenómenos como las sequías, y por lo tanto la escasez de agua, han afectado a grandes grupos de población durante largos periodos de tiempo, situación que impacta en la producción de alimentos básicos que necesariamente requieren de suficientes cantidades de agua, por ejemplo el maíz, el frijol y el arroz. En cuanto al factor económico, este afecta particularmente a países emergentes caracterizados por contar con un gran volumen de población, desempleo y bajos ingresos, condiciones que provocan un acceso limitado de la población al consumo de alimentos con los nutrientes necesarios. Si a estos factores agregamos aspectos de carácter social y político, como guerras, sobrepoblación de ciudades, migración interna e internacional, la perspectiva de inseguridad alimentaria cobra un significado importante.

A nivel global se destacan como problemas asociados a la desnutrición y la pobreza la privatización de los recursos naturales, la concentración de la distribución de alimentos en unas cuantas grandes empresas transnacionales, y el desmantelamiento de las economías locales como resultado de las políticas comerciales y de control de precios de la producción rural.

Estudios realizados en Brasil sugieren que la calidad ambiental del entorno donde crecen los niños afecta su nutrición negativamente de tal manera que situaciones como basurales o canales abiertos de aguas contaminantes se reflejan significativamente en un menor coeficiente de desarrollo de los lactantes¹². Por su parte un estudio realizado en Ecuador demuestra la existencia de una correlación entre deforestación, fragmentación de la tierra y pobreza que incluye la desnutrición.

¹¹ FAO, 2002: 15

¹² Alvares et. al. 1991

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Estudios realizados para México confirman que en el país es posible identificar este tipo de causas de la desnutrición. En la tabla 1 se presenta a manera de ejemplo una lista de hallazgos y observaciones hechas sobre las manifestaciones del problema asociadas a las distintas causas identificadas.

Tabla 1. Manifestaciones documentadas de desnutrición en México y principales causas según su tipo.	
Causas de la desnutrición	Manifestaciones en México
Causas tipo 1: Prácticas y hábitos para una alimentación adecuada	
Insuficiencia de servicios de salud y educación	“el porcentaje de menores de 5 años con baja talla para la edad es mucho más elevado entre los hijos de mujeres con menos años de educación formal. De hecho, la diferencia llega a ser 3 veces mayor entre las mujeres sin instrucción y aquellas, que estudiaron secundaria o más.” “Se considera que las localidades de tipo rural (menores de 2,500 habitantes) presentan mayor vulnerabilidad ante la desnutrición al tener un menor acceso al abasto de alimentos y servicios de salud”. (Hernández, <i>et. al</i> 2003).
Desconocimiento de prácticas adecuadas de alimentación. Higiene y salud	“la falta de información sobre nutrición, salud e higiene. La presencia de desnutrición se relaciona con la ingesta inadecuada de nutrientes, su absorción deficiente, o su pérdida sistemática anormal como consecuencia de episodios de enfermedad (como diarreas o infecciones respiratorias).” (Hernández, <i>et. al</i> 2003).
Insuficiencia en el suministro de agua	La falta de agua y drenaje es uno de los indicadores usados en los estudios que relacionan pobreza y desnutrición como el de Hernández <i>et. al</i> 2003.
Calidad ambiental del entorno donde crecen los niños	Además de identificar el tema de suministro de agua, Hernández <i>et. al</i> 2003 usan una regresión logística y concluyen que “los niños que residen en las localidades rurales más pequeñas (menores de 1,500 habitantes) tienen una mayor probabilidad de experimentar desnutrición que los niños de localidades urbanas”.
Causas tipo 2: Inseguridad alimentaria y mala distribución de alimentos	
Pobreza, desempleo y subempleo	“en los hogares más pobres es mayor el porcentaje de niños desnutridos y que a partir del grupo que marca al 25% de los hogares más pobres, se observa una incidencia de la desnutrición relativamente estable, oscilando por debajo de 10%.” (Hernández, <i>et. al</i> 2003).
Acceso a alimentos ricos en macro y micronutrientes	“Se ha señalado que los programas alimentarios no han tenido la efectividad deseada porque se han dirigido desproporcionadamente a zonas urbanas y sin una direccionalidad que enfatice la atención hacia los niños menores de 5 años y en hogares en situación de pobreza. Además, se ha indicado que en estas acciones no se han incluido alimentos específicamente orientados para niños que contengan los micronutrientes requeridos por la población, y que tampoco se han realizado acciones coordinadas e integrales que incorporen componentes

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

	educativos sólidos a las tareas de dotación de apoyos alimentarios (INSP, 2001)” (Hernández, et. al. 2003).
Privatización de recursos naturales	El poco o nulo acceso a recursos naturales por parte de comunidades naturales e indígenas es una de las causas asociadas a la pobreza y desnutrición de estas comunidades. El problema es repetidamente señalado por defensores de derechos indígenas en estados como Chiapas, Oaxaca y Yucatán. Un reporte reciente señala: “Ante tal situación, la población indígena rural ha desarrollado estrategias de producción y sobrevivencia basadas, por un lado, en la diversificación productiva, con escaso uso de capital e insumo, y por otro, incluyendo cada vez más el trabajo asalariado y la incorporación de las mujeres al trabajo”. ¹³
Control de la distribución de alimentos por grandes empresas trasnacionales y dificultades de distribución en el medio rural	Uno de los factores documentados por Hernández <i>et. al</i> 2003. es la falta de acceso a productos alimentarios (abasto), que tiene que ver con dificultades de disponibilidad en determinados ámbitos geográficos por aislamiento y dispersión de comunidades (lejanía a centros de distribución); “Aún en los hogares en condición de pobreza, se observa que las unidades domésticas rurales presentan una mayor proporción de niños menores de 5 años que padecen desnutrición: entre los hogares en pobreza alimentaria, el desmedro es de 36.8% en las comunidades rurales en comparación con 29.2% en las urbanas. Esta situación refleja la menor accesibilidad y abasto de productos alimenticios en las localidades más aisladas y dispersas.” (Hernández <i>et. al</i> 2003)
Desmantelamiento de economías locales	“...a través de la red de abasto social rural, se favorece el abasto de productos alimentarios a las áreas rurales. Se ha encontrado que en esta red, las familias llegan a encontrar productos con un precio promedio 10% menor al de otras fuentes de abasto locales” Hernández <i>et. al</i> 2003. Un reporte sobre la situación en los pueblos indígenas señala: “Entre las causas de esta situación – desnutrición- sobresale el que los productores indígenas canalizan al mercado una proporción cada vez más elevada de su producción, pero el intercambio desfavorable de precios los coloca ante una situación de crisis. De igual manera, la falta de acceso a la tierra, a los mercados, a infraestructura adecuada e insumos, entre otros factores, ha influido determinadamente en la capacidad y el volumen de producción, así como en la comercialización de la misma.” ¹⁴
Manejo de la tierra y recursos forestales	Se estima que en México hay patrones muy fuertes de deforestación y desertificación. Este problema afecta a 22 millones de mexicanos por lo que ha sido reconocido como un problema

¹³ www.mexicoindigena.org.mx/Relatoria%20CHIAPAS.pdf

¹⁴ www.mexicoindigena.org.mx/Relatoria%20CHIAPAS.pdf.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

	que está fuertemente vinculado a la pobreza, porque los suelos improductivos generan marginación e incapacidad para producir bienestar, ocasionando desnutrición, desempleo, miseria y migración. ¹⁵
Inestabilidad política, migración interna y sobrepoblación en ciudades.	Se estima que los movimientos de población en regiones que han presentado inestabilidad política, y la migración interna en general que se refleja luego en sobrepoblación en ciudades contribuyen a agravar el problema de desnutrición en grupos seleccionados. Algunos de los que han sido estudiados son migrantes agrícolas (Salcedo Rocha y Prado Aguilar, 2005), migrantes refugiados guatemaltecos en Chiapas, Campeche y Quintana Roo (Ruiz-Arregui, et. al. 1998).
<p>Fuentes: Hernández Franco, Daniel; Barberena Rioseco, Cristina; Camacho Prudente, José Angel; Vera Llamas, Hadid; 2003. <i>Desnutrición infantil y pobreza en México. Cuadernos de Desarrollo Humano num. 12.</i> México: Secretaría de Desarrollo Social.</p> <p>Salcedo Rocha Ana Leticia, y Prado Aguilar Carlos Alberto, 2005. "El proceso migratorio como factor de riesgo en la desnutrición crónica del migrante cañero de Jalisco", en <i>Salud Pública en México</i>, vol. 34. Num. 5 Pp. 518-527.</p> <p>Ruiz-Arregui, Liliana; Torre-Medina-Mora, Pilar; Castro-Albarrán, Juan Manuel; Madrigal-Fritsch, Herlinda, 1998. "Estado de nutrición de los refugiados guatemaltecos menores de seis años" <i>Salud Pública</i>, México, 1998; Vol. 40(2):172-180.</p>	

El problema de las causas y consecuencias de la desnutrición ha llevado a los especialistas de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), Banco Mundial (BM) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés), a fijar parámetros estandarizados para la medición del problema de desnutrición. Son indicadores que relacionan en forma causal la desnutrición de macro y micronutrientes, tales como: estatura baja para la edad, peso bajo para la estatura y peso bajo para la edad. Esta combinación de indicadores ha llevado a distinguir, actualmente, dos tipos de desnutrición: crónica y aguda.

La desnutrición crónica está relacionada principalmente con el indicador de baja talla para la edad y la medida internacional para medir el grado es baja talla para la edad definida como: $T/E < -2$ desviaciones estándar (de las unidades z).

¹⁵ <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/semarnat/?contenido=36439>
<http://www.bionero.org/sociedad/pide-conafor-union-de-ciudadanos-y-gobierno-para-combatir-deforestacion>

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

La baja talla para la edad, también conocido como retardo en el crecimiento lineal, es consecuencia de la desnutrición crónica o desmedro.

El peso esperado para la talla por debajo de las -2 desviaciones estándar (unidades z) produce la emaciación (o bajo peso) y en consecuencia desmedro agudo o desnutrición aguda. La desnutrición aguda se le define como bajo peso para la talla y se diagnostica desnutrición aguda cuando hay -2 desviaciones estándar (unidades z) de la media de referencia internacional OMS/NCHS (*National Center for Health Statistics*) y CDC (*Centers for Disease Control*).¹⁶

Los especialistas han identificado consecuencias a corto y mediano plazo del problema de desnutrición. Dentro de las consecuencias a corto plazo se pueden identificar entre las más graves, aumento de la vulnerabilidad de las personas a enfermedades, el bajo desarrollo cognitivo, persistencia de la desigualdad de género y baja capacidad productiva. Las consecuencias a largo plazo tienen un impacto en los grupos de población jóvenes y adultos, no sólo desde el punto de vista médico, sino desde una perspectiva económica y social que repercuten en toda la estructura productiva de determinado país. Los esfuerzos para medir el impacto en el corto y mediano plazo se describirán en el siguiente punto, debido a que es en la población vulnerable, niños y mujeres, donde los especialistas han detectado y cuantificado el impacto potencial de la desnutrición.

Tomando en cuenta estos resultados reportados y las condiciones observadas en México, el diseño de un programa social dirigido a atender las poblaciones prioritarias que de alguna manera no han sido atendidas por otros programas de asistencia social debería dirigirse a tener como objetivo central reducir la *persistencia de desnutrición crónica, anemia y deficiencia de*

¹⁶ Shamah T., Villalpando S, et al (2007) Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. México. Instituto de Salud Pública.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

micronutrientes en familias pobres que viven en localidades rurales marginadas¹⁷ y que no reciben apoyos de otros programas sociales.

Las razones para focalizar la atención en este tipo de familias son:

- Primero por la necesidad de que las políticas de atención sean complementarias a fin de que los recursos se usen de manera eficiente y evitar duplicidad de atención;
- Segundo para focalizar la atención en comunidades altamente necesitadas de asistencia social, es decir, comunidades marginada por los rezagos que presentan en cuanto a niveles de ingreso, educación y acceso a servicios como los de agua, drenaje y salud, y
- Tercero, porque un programa dirigido a atender los problemas de nutrición puede llegar a comunidades muy apartadas a costos relativamente más bajos que los que tendrían programas mas comprensivos de asistencia social.

Una caracterización detallada del problema puede aportar evidencias que muestran la conveniencia de esta estrategia y el reto que representaría.

El problema de desnutrición antes descrito puede ser asociado a las siguientes causas de orden primario, es decir las que están directamente vinculadas con dicha persistencia del problema son:

- a) Problemas de focalización y continuidad de las políticas públicas dirigidas a disminuir la desnutrición
- b) La ingestión dietética inadecuada y la
- c) Incidencia o duración de enfermedades infecciosas y parasitarias que influyen en la capacidad del organismo de aprovechar los nutrientes.

¹⁷ La marginación se refiere a las condiciones de rezagos en que vive la población en un lugar específico, como son bajos niveles de educación, mala calidad de las viviendas (sin agua, sin drenaje, sin electricidad, con piso de tierra, etc.), bajo acceso a servicios básicos como los de salud. (Citar Fuente)

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Como se muestra en el árbol de problemas identificado, estas causas primarias tienen a su vez su origen en una serie de situaciones como son las respuestas adoptadas para atender las observaciones realizadas en las evaluaciones de las políticas implementadas, el acceso insuficiente de las familias a alimentos y prácticas o información sobre prácticas adecuadas de alimentación o a servicios médicos y cuidados adecuados de niños y mujeres.

2.2 Los efectos (consecuencias del problema).

El problema de desnutrición afecta el desarrollo a largo plazo del capital humano y por tanto el desarrollo económico local, regional y nacional. Desde la perspectiva del Banco Mundial, afecta directamente en la pérdida de productividad física del ser humano, derivado de la pérdida de la capacidad cognitiva, mismos que a su vez impactan en el decrecimiento de recursos y la producción laboral, además de generar un alto costo en la atención de la salud y educación¹⁸.

Un estudio realizado por el Programa Mundial de Alimentos para América Latina y el Caribe demostró que en Centroamérica las pérdidas por el impacto económico debido a las consecuencias de la desnutrición de menores de 5 años, son económicamente significativas. Dichas consecuencias están relacionadas al bajo rendimiento físico, al limitado desarrollo intelectual, que a su vez limitan las habilidades en la educación, y el trabajo en la vida adulta, contribuyendo a la prolongación del ciclo de la pobreza¹⁹ La siguiente tabla 2, ejemplifica el impacto que tienen estas pérdidas en el PIB de los países centroamericanos:

¹⁸ Banco Mundial (2006) Reposition nutrition as central to development. A strategy for large-scale action (versión electrónica) Washington. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

¹⁹ ECLA/PMA, 2007.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Tabla 2. Impacto de la desnutrición en el PIB y PPA en Centroamérica								
Total	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana	Total
Total (MMD)	317.6	1,175.30	3,128.40	780.1	264.3	321.5	671.6	6, 658.80
Total PPA ²⁰ (MMD)	687.5	2,554.80	6,029.10	2,113.00	1,147.60	518.3	2,334.80	
Porcentaje del PIB	1.70%	7.40%	11.40%	10.60%	5.80%	2.30%	3.60%	
Porcentaje en gasto público	9.30%	136.60%	185.40%	80.90%	64.30%	8.50%	59.10%	
Fuente: ECLAC/WFP, Julio 2007								

Por otro lado, los costos económicos de la desnutrición son considerables. Según el Banco Mundial, se estima que las pérdidas de productividad superan hasta en 10% el total de ingresos que una persona obtendría a lo largo de su vida, y esto a su vez representa una pérdida entre un 2% y 3% PIB. Por tanto, para el BM, acabar con el problema de desnutrición es una cuestión que concierne a la economía, misma que impacta al bienestar social, la protección social y los derechos humanos²¹.

Por su parte, las consecuencias a largo plazo en términos educativos de una población con problemas de desnutrición, implican el deficiente desarrollo de la capacidad cognitiva en el proceso de enseñanza-aprendizaje y con ello un grado mayor de problemas conductuales, deserción escolar y deficientes habilidades para una adaptación funcional al entorno social y económico, situación que obstaculiza su desarrollo humano y sus capacidades básicas²².

²⁰ PPA es una medida artificial que reflejan aquellas diferencias entre los niveles de precios entre los países que no están reflejados por los tipos de cambio y por lo tanto permite una mejor comparación.

²¹ BM, 2008:22.

²² Victora, 2008:26.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Por el lado de las consecuencias el actual diagnóstico contempla que las principales consecuencias que tiene el problema detectado como problema central son:

- a) El aumento de la vulnerabilidad de las personas a enfermedades.
- b) El bajo desarrollo cognitivo.
- c) La baja capacidad productiva.

Todas estas consecuencias a su vez asociadas a situaciones como altas tasas de mortalidad y morbilidad, malas prácticas de salud e higiene, bajo rendimiento escolar, manejo inadecuado de recursos disponibles, acortamiento de la vida laboral y bajo rendimiento productivo que en conjunto dan como resultado mayor pobreza y con ello la creación y reproducción de las condiciones de marginación que dan origen a la persistencia del problema.

2.3 Grupos afectados.

En este documento se define que un problema central que debe ser atendido por un programa focalizado es el de la persistencia de desnutrición crónica, anemia y deficiencia de micronutrientes en familias en situación de pobreza en localidades rurales marginadas y desatendidas por los programas de asistencia social existentes. Con esta definición se acepta que la distribución social, étnica y territorial del problema se refleja en la existencia de localidades y grupos con distintos grados de vulnerabilidad a este problema. Por lo tanto en el diseño del programa se recogen los resultados de estudios que han indicado en donde tiende a concentrarse el problema.

2.3.1 Mujeres y niños y la necesidad de mejorar el consumo de micronutrientes.

Durante los últimos treinta años, los organismos internacionales encargados de preservar la salud de la población, han enfocado sus esfuerzos en el estudio de la

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

desnutrición de micronutrientes, detectando que los grupos más afectados en términos poblacionales son los niños menores a 5 años, los niños en periodo de lactancia y las mujeres en periodo de gestación. Este tipo de desnutrición es la causa de que 3.5 millones de niños menores a 5 años mueran anualmente²³.

Actualmente, según datos del Banco Mundial, cerca del 50 por ciento de niños menores a 6 años padecen de desnutrición de micronutrientes y de tipo MPE²⁴. De igual forma, la FAO²⁵ identifica sólo en América Latina y el Caribe (ALC) 3.4 millones de menores de 5 años que tienen bajo peso para la edad. La UNICEF, por su parte, reporta que un 16% de los niños y niñas menores a los 5 años “padecen un retraso en el crecimiento moderado o severo, situación que agrava el efecto de las enfermedades”²⁶ y más aún, es causa del índice de mortandad infantil ya que tan sólo en 2004 se atribuyeron alrededor de 8 millones de muertes en niños menores a 5 años.

Los especialistas, también han analizado las consecuencias a corto plazo en función de las muertes y la carga de enfermedad²⁷ que la desnutrición ha generado como consecuencia. Según lo calculado en años de carga de vida ajustados por la enfermedad (DALYs)²⁸, la deficiencia de vitamina A, tan sólo en los niños menores a 5 años, representa hasta un 5.3% del total de carga de enfermedades²⁹, La carencia de micronutrientes afecta no sólo en términos de la

²³ Black, R., Allen L, Butha Z, et al (2008) “Maternal and child undernutrition: global and regional exposure and health consequences” en The Lancet. Series maternal and child undernutrition 1. Vol. 371 No. 9608. (versión electrónica)

²⁴ BM, 2008.

²⁵ FAO, 2001:5

²⁶ UNICEF, 2008: 4

²⁷ *Disease burden*, en inglés. Se refiere a los impactos de un problema de salud en términos financieros, de mortandad y mortalidad.

²⁸ El DALY (*Disability Adjusted Life Years*) es una unidad de medición que se traduce como Año de Vida Ajustado por Discapacidad y tiene como finalidad medir la carga (*burden*) de distintas enfermedades a los niveles globales y regionales.

²⁹ Black, R., Allen L, Butha Z, et al (2008) “Maternal and child undernutrition: global and regional exposure and health consequences” en The Lancet. Series maternal and child undernutrition 1. Vol. 371 No. 9608. (versión electrónica).

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

mortandad de la población, sino en el impacto de productividad tal y como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Déficit de micronutrientes y muerte de niños menores a 5 años durante 2004				
Causa	Defunciones	Porcentaje de defunciones en niños menores a 5 años	Carga de la enfermedad en años DALYs (1000 DALYs)	Porcentaje de DALYs en niños menores a 5 años
Deficiencia en Vitamina A	6,777.71	6.5	81,358	5.3
Deficiencia en Cinc	453, 207	4.4	16,342	3.8
Deficiencia en hierro	20,854	0.2	2,156	0.5
Deficiencia en Yodo	3,619	0.03	2,614	0.6
Fuente. Robert Black, <i>Maternal and Child Undernutrition: global and regional exposures and health consequences</i> , en <i>Lancet</i> , Junio de 2008.				

En el caso de las mujeres embarazadas o en periodo de gestación, el problema de desnutrición impacta a corto plazo, no sólo en la salud de la madre sino en la posibilidad de nacimiento del producto, con las enfermedades derivadas de la desnutrición antes descritas. Debido a esta situación, los organismos y las instituciones involucradas en el problema de salud han enfocado sus esfuerzos en hacer énfasis sobre prácticas de higiene en el hogar y la comunidad, así como la importancia de la lactancia materna, además de poner en práctica cuanto antes adecuadas formas de alimentación con macro y micronutrientes.

El problema a largo plazo se visualiza, ahora, no solamente en términos de la propia mortandad en los grupos vulnerables, sino en términos del impacto que estas enfermedades tienen para el desarrollo humano y de las economías. Prácticamente el problema de la desnutrición a largo plazo está asociada a tres factores: productividad, educación y salud, factores que se desarrollan en el siguiente apartado.

En México la prevalencia de desnutrición infantil crónica ha sido identificada como el principal problema, dadas las condiciones específicas de México en

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

cuanto a marginación y pobreza, este tipo de desnutrición afecta para el 2006 a 1'194,805 preescolares, es decir, al 12.7% de los niños menores de cinco años, siendo ésta la mayor prevalencia en los diferentes grupos de población evaluados³⁰. Asociada estrechamente a este tipo de desnutrición encontramos a la anemia en niños menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva. En México, 1'862,985 (23.7%) de preescolares tienen anemia y 5'279,336 (15.6%) de mujeres con edades de 12 a 49 años también la presentan³¹. De la misma manera que el caso de la anemia, la deficiencia de micronutrientes presenta sus mayores prevalencias en los niños y las mujeres en edad fértil, siendo en los niños la deficiencia de hierro la más importante y la de vitamina C en las mujeres en edad fértil³².

2.3.2 El problema de la desnutrición rural.

Las encuestas sobre nutrición en el mundo rural Mexicano datan de 1974 cuando se aplicó la primera encuesta a 10 772 familias de 90 comunidades de menos de 2,500 habitantes ubicadas en las 90 regiones geoeconómicas. En 1979 se levantó una segunda encuesta en 219 comunidades rurales, y en 1989 se llevó a cabo la tercera encuesta en las mismas localidades que la de 1979. En 1996 se llevó a cabo la cuarta encuesta, en esta encuesta se detectó que existe una prevalencia de desnutrición de 42.7 por ciento, con 25.9 por ciento de los niños con desnutrición leve, 12.7 por ciento con desnutrición moderada; y 4.2 con la forma severa de desnutrición. La muestra reveló la existencia de diferencias regionales en la que los estados de Guerrero, Yucatán, Puebla, Oaxaca y Chiapas con una desnutrición moderada y severa superior al 20 por ciento. También se encontró

³⁰ Shamah T., Villalpando S, et al (2007) Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. México. Instituto de Salud Pública.

³¹ *Ibidem*.

³² Rivera J., Shamah T, Villalpando S, et al (2008) "El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006" en González, Teresa, Juan Rivera, et al (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006" en González, Teresa, Juan Rivera, et al (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

que los estados con mayor población indígena son los que presentan mayor desnutrición³³.

Investigando las causas de la prevalencia de la desnutrición en México y más concretamente en el medio rural, algunos autores³⁴ han encontrado las siguientes:

- Gran falta de coordinación vertical y horizontal de las instancias públicas relacionadas con el problema nutricional y falta de uniformidad en las políticas adoptadas.
- La ausencia de coordinación interinstitucional que conduce a la duplicidad de atención y desatención en comunidades necesitadas.
- La dispersión de comunidades de escasos recursos, la extrema dificultad de acceso a éstas, la falta de recursos tanto materiales como financieros, así como la falta de un programa eficiente de distribución, han provocado que diversas poblaciones no sean beneficiadas por los programas de asistencia social.
- La intervención altruista pero desorganizada de las Organizaciones de la Sociedad Civil ha propiciado que dentro de las localidades se creen necesidades que antes no existían, dificultando luego la intervención institucional en ellas. De la misma manera condiciona a las comunidades a recibir los beneficios sin aportar ninguna participación o esfuerzo.
- La falta de información que entorpece y hace más lenta la realización de trabajos relacionados con el tema.
- La falta de criterios establecidos en relación con el contenido de las raciones alimenticias, lo que conduce al establecimiento de raciones sin

³³ Ávila Curiel, Abelardo; Shamah Levy, Teresa; Galindo Gómez, Carlos; Rodríguez, Hernández Gerardo; y Barragán Heredia, Linda M. (1998) "La desnutrición infantil en el medio rural mexicano". En *Revista Salud Pública de México*. Marzo-abril, vol. 40 núm. 002. México. Instituto Nacional de Salud Pública

³⁴ Avila Curiel Abelardo y Shamah, Teresa (2005). "Diagnóstico de la magnitud de la desnutrición infantil en México" en, Zúñiga Herrera, Elena, Coord. 2005. *México ante los desafíos de desarrollo del milenio México*: Consejo Nacional de Población. pp. 99-125.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

tomar en cuenta gustos ni preferencias, y sin ninguna norma nutricional definida.

- La falta de un sistema adecuado de monitoreo, seguimiento y evaluación impide la elaboración de un análisis de costo-beneficio eficiente, lo que provoca desperdicios e ineficiencias en los esfuerzos y recursos destinados a este tipo de programas.
- La falta de evaluación de los resultados en términos de la calidad de los beneficios no son considerados.
- La falta de eficiencia en los programas de apoyo a la nutrición se debe a que éstos no fueron hechos en combinación con proyectos de educación y cuidado a la salud, por lo que no se han logrado combatir las causas principales del problema (pobreza, enfermedades e ignorancia).
- La pérdida de la capacidad de la madre para transmitir nutrientes a medida que crece el número de embarazos.
- La desigualdad de género en acceso a alimentos y oportunidades y el impacto de las dobles jornadas a las que son expuestas las niñas que son incluidas en programas de asistencia social que ofrecen apoyos a la educación³⁵.

Adicionalmente, estudios realizados a nivel internacional sugieren que los problemas de desnutrición en el mundo rural están relacionados con la existencia de círculos viciosos de pobreza, limitado acceso a tierras productivas, mal manejo de recursos naturales y reducción en la producción de alimento. Algunas causas documentadas en sus estudios incluyen el acceso universal al agua potable misma que es considerado como quizá la fuente más importante de beneficios directos e indirectos en las condiciones generales de salud, nutrición, salubridad ambiental, productividad y, en definitiva, en la calidad de vida de las familias. Estos efectos positivos promueven a su vez la capacidad física y mental para el

³⁵ Viscarra Borde, Ivonne, 2008. "Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre" en Argumentos (Méx.) vol.21 no.57 México.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

aprendizaje, el rendimiento escolar, la adaptación y participación social, y la obtención de empleos productivos.

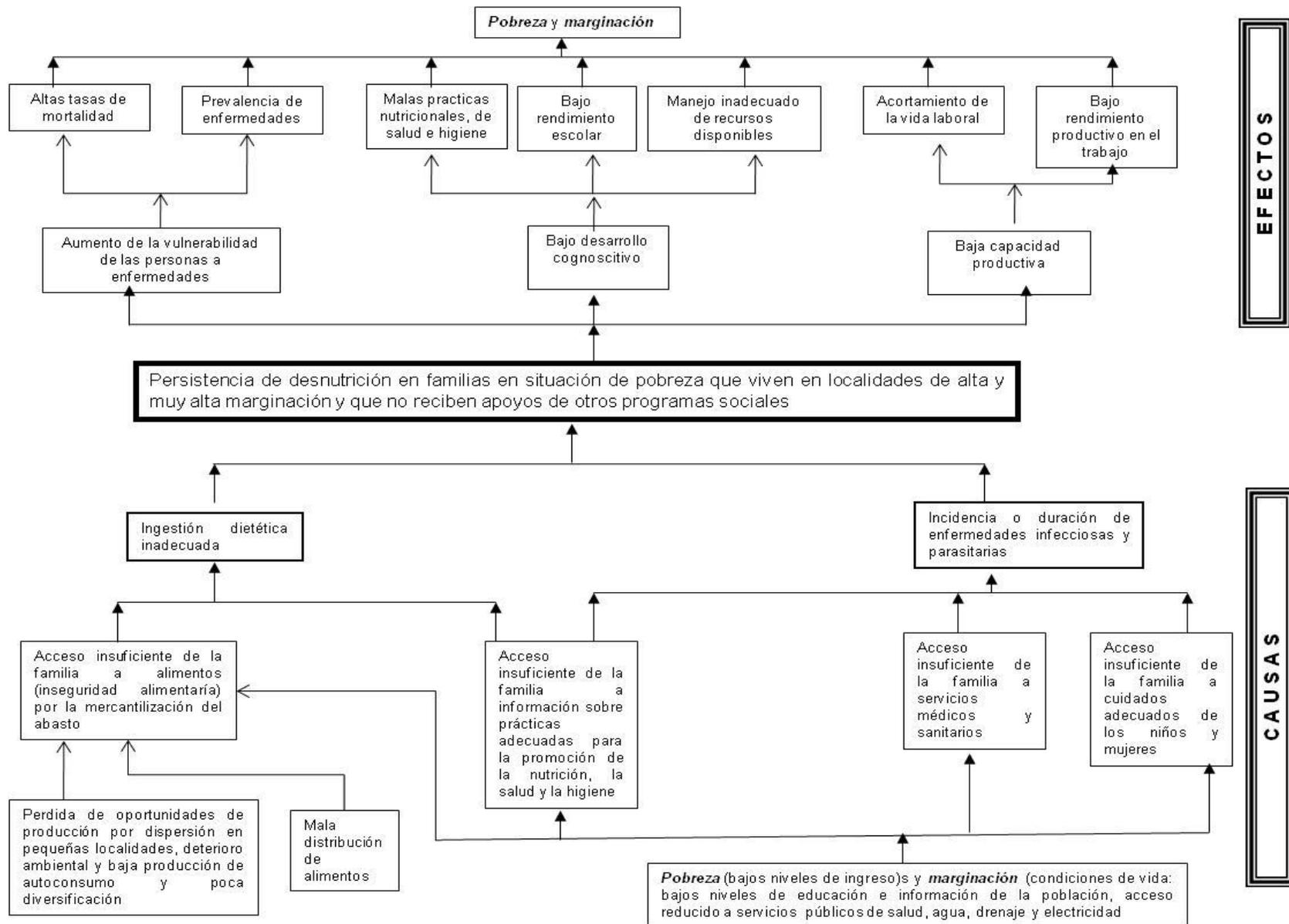
Al comentar sobre la distribución de la desnutrición rural, Bourges, (2001) señala el hecho de que las tasas de desnutrición se encuentren presentes en las regiones naturalmente más ricas y las que en la época prehispánica fueron asiento de culturas muy desarrolladas, mientras que las tasas más bajas se observen en regiones con una naturaleza menos generosa. Lo cual lo lleva a sugerir que el problema está asociado a pérdida de la productividad agrícola, distorsiones socioeconómicas y la dispersión de la población rural que habita en comunidades muy pobres y atrasadas, que tienen escaso acceso al sistema comercial de abasto de alimentos y dependen de su propia producción agrícola³⁶.

En suma aunque hay causas comunes en los orígenes del problema de la desnutrición, un programa alimentario que busca ser eficaz debe contemplar que existen manifestaciones diferenciadas del mismo en distintos contornos socioterritoriales que plantean retos importantes en el diseño de una política con la capacidad de atender a poblaciones objetivo dispersas, con bajas condiciones de abasto adecuado de alimentos y con pocas posibilidades productivas.

³⁶ Bourges H, 2001 "La alimentación y la nutrición en México" en Revista de *Comercio Exterior*. Vol. 5 núm. 10. México. BANCOMEXT(versión electrónica)

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

2.4 *Árbol de problemas*



DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

2.5 Justificación de la política e interrelación entre causas, problemas y efectos

Los diversos modelos analíticos que existen para entender los alcances e implicaciones más amplias que puede tener la desnutrición en México dan lugar a tres grandes justificaciones para la implementación de un programa alimentario. Estas justificaciones incorporan de manera distinta el principio de que la desnutrición es un problema que atenta contra las libertades básicas de la población y que es un problema cuya existencia es inexplicable en una sociedad que a nivel general tiene resueltos sus problemas básicos de producción y aprovisionamiento de alimentos. Estas tres grandes justificaciones son: i) la necesidad de romper con el círculo vicioso que se reporta en el árbol de problemas donde se interrelacionan causas, problema y efectos; ii) la importancia de satisfacer las necesidades nutricionales como un derecho humano y iii) la atención al problema de nutrición en México como un compromiso con la humanidad tal y como se establece en el programa de los objetivos del milenio.

2.6 El círculo vicioso: causas-problema-efectos

Un aspecto destacado del problema de desnutrición en México es que se manifiesta social y territorialmente de tal forma que logra capturar a sectores sociales, segmentos de la pirámide de edades y localidades enteras en un círculo vicioso en el que causas-problema-efectos se retroalimentan de tal manera que resultaría imposible para los grupos afectados romper con la dinámica del proceso sin tener atención pública y la adecuada canalización de recursos a atender las necesidades de una población objetivo muy bien identificada. El análisis de la relación causas-problema-efectos nos permite conceptualizar el problema de desnutrición de tal manera que revela plenamente las implicaciones sociales más amplias y de largo plazo que tendría no atenderlo de manera adecuada y oportuna.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Cuando se dice que el problema es *la persistencia de desnutrición crónica, anemia y deficiencia de micronutrientes en familias en situación de pobreza que viven en localidades rurales marginadas y que no reciben apoyos de otros programas sociales*, a lo que se hace referencia es a la existencia de un vasto sector de la sociedad en el que el problema de desnutrición se convierte fácilmente en un triple problema de mayor magnitud: es un problema de salud pública, es un problema de desarrollo cognitivo y por tanto de disminución de potencialidades clave para un uso eficiente de recursos y es un problema de disminución del potencial de desenvolvimiento de capacidades económicas.

2.7 La desnutrición como problema de salud pública.

En el árbol de problemas se muestra que hay una relación directa entre desnutrición y salud pública. A este respecto cabe señalar que todos los organismos internacionales involucrados en las políticas de salud y nutrición a nivel mundial coinciden que los grupos más vulnerables y afectados son identificados en la población infantil y las mujeres en periodo de embarazo y lactancia, incluso son determinantes al especificar que la salud materna y neonatal son cruciales en la mejora nutricional del producto o recién nacido, ya que los efectos de la desnutrición a largo plazo se inician prácticamente en la etapa de gestación, por lo regular en los dos primeros años de vida y los efectos de que se generan en esta etapa son prácticamente irreversibles en la vida adulta³⁷.

Por tal motivo, los especialistas han detectado una “ventana de oportunidad” (*window of opportunity*) en el periodo de gestación y de lactancia. Por esta razón, el BM aconseja a los gobiernos cuyos recursos son limitados que se

³⁷ OMS, 2006:7.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

concentren en la oportunidad ofrecida por el breve período que va desde el nacimiento del producto hasta, por lo menos, los 24 meses de edad del niño³⁸.

La ventana de oportunidad también está asociada a erradicar los efectos de la desnutrición a corto plazo. La combinación de estrategias, por ejemplo: la educación en términos de mejorar las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria de las mujeres y niños por medio de micronutrientes, además del cuidado durante el periodo de gestación son estrategias que, junto con la fortificación de alimentos con micronutrientes, los países afectados por el problema de desnutrición pueden implementar en forma inmediata.

En esta ventana de oportunidad, si bien el aumento de los ingresos y la producción y acceso de los alimentos juega un papel importante como estrategia a corto y mediano plazo, el factor demográfico es también fundamental para controlar el espaciamiento de los nacimientos. En otro ámbito relacionado, los factores culturales también representan una ventana de oportunidad, ya que implican la educación de la mujer en hábitos de higiene, alimenticios y cuidados durante el periodo de gestación y lactancia. Esta visión novedosa del problema de desnutrición implica que el Estado proporcione infraestructura de servicios de salud materno-infantil, además de la promoción y difusión de la lactancia en los primeros meses de vida del producto, de la alimentación complementaria apropiada, acompañada de atención prenatal y servicios básicos de salud materno-infantil, comprometiéndose simultáneamente a enriquecer y complementar los alimentos con micronutrientes³⁹.

Las experiencias de estas “ventanas de oportunidad” han sido aplicadas en países de ingresos medios como Chile, Argentina y México y se ha demostrado que las transferencias condicionales de efectivo, aunadas a una mejor oferta de

³⁸ Banco Mundial (2006) Repositioning nutrition as central to development. A strategy for large-scale action. (version electronic). Washington. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

³⁹ *Ibidem*.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

servicios sanitarios y nutricionales, logran que la población vulnerable económicamente utilice los servicios de salud y nutrición. Otros países, como es el caso de Bangladesh, Honduras y Madagascar, han recurrido con éxito a las asociaciones entre el Estado y Organizaciones No gubernamentales (ONG's) para concientizar y movilizar a la población vulnerable bajo el esquema de trabajo comunitario y combatir la desnutrición mediante estrategias locales y comunitarias⁴⁰.

2.8 La nutrición como un Derecho Humano.

Los derechos humanos (DDHH) son un conjunto de garantías que se encuentran positivadas en instrumentos de derecho internacional público, cuya observancia es aplicable a todos los Estados signatarios y están sujetas al escrutinio internacional.

El espíritu de los DDHH es proveer un mínimo básico de prerrogativas que garanticen la dignidad de las personas y sirvan para elevar su nivel de vida, dentro de las que se encuentra el derecho a la alimentación.

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948 reconoce en el artículo 25 que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, adicionalmente, establece que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

Por su parte, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*, firmado en 1966, reconoce en su artículo 10 que “se debe conceder a la familia la más amplia protección y asistencia posibles”, concediendo

⁴⁰ *Ibíd*em

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

“especial atención a las madres durante un periodo razonable antes y después del parto...”. Asimismo, en el artículo 11 se reconoce “el derecho de toda persona a un nivel adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia” así como “el derecho fundamental de toda persona a estar protegido contra el hambre”.

En lo que respecta específicamente a los niños, existen dos instrumentos que recogen el derecho a la alimentación: La *Declaración de los derechos del niño* (1959) y la *Convención sobre los derechos del niño*; la primera señala en el principio 4 que “el niño tiene derecho a disfrutar de los beneficios de la Seguridad Social, por lo tanto de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados. Los cuidados especiales que se le brinden al menor y a su madre, deben garantizarse desde antes de su nacimiento” mientras que la segunda reconoce en su artículo 1º “el derecho a la vida, a la supervivencia y desarrollo” además de “el derecho a una alimentación nutritiva e higiénica” en su artículo 16.

En el caso mexicano, además de ratificar lo contenido en los instrumentos anteriormente mencionados, este derecho se encuentra incorporado en la Constitución en su artículo 4º, que señala que “los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral”.

2.9 Nutrición y los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM).

Los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) surgieron del consenso de 189 países que aprobaron en la *Declaración del Milenio*⁴¹ del año 2000 el establecimiento de 8 objetivos que brindan un marco internacional para orientar el trabajo en desarrollo y eliminar la pobreza de manera sostenida, con metas específicas y plazos determinados, para avanzar en la eliminación de las

⁴¹ Como resultado de la Cumbre del Milenio realizada en septiembre de 2000, donde se alcanzó el acuerdo para comprometer a las naciones en la lucha contra la pobreza.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

condiciones que constituyen elementos que impiden el desarrollo y perpetúan la pobreza.

Los ocho objetivos consensuados han servido como guía para aglutinar el trabajo de distintos actores a nivel internacional cuyo fin es mitigar la pobreza en tanto “gobiernos, agencias de ayuda y organizaciones de la sociedad civil alrededor del mundo están reorientando su trabajo en torno a estos Objetivos”⁴². Del conjunto de objetivos definidos, al menos cuatro de ellos tienen relación directa con la nutrición, como puede observarse en la tabla 4.

Tabla 4. Objetivos del ODM en relación a la desnutrición	
ODM	Relación con la desnutrición
O1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	La malnutrición erosiona el capital humano a través de efectos irreversibles e intergeneracionales en el desarrollo físico y cognitivo.
O2. Lograr la enseñanza primaria universal	La mala nutrición afecta las oportunidades de un niño para ir a la escuela, permanecer en ella y tener un buen desempeño.
O4. Reducir la mortalidad infantil	La malnutrición está asociada directa e indirectamente con la mayor parte de las muertes infantiles y es el factor que más contribuye con el peso de las enfermedades en el mundo en desarrollo.
O5. Mejorar la salud materna	La salud materna está comprometida por la malnutrición, la cual está asociada con los factores de riesgo más importantes para la mortalidad materna. La deficiencia de altura para la edad, así como de hierro y yodo, específicamente plantean serios problemas.
Fuente: Adaptado de Banco Mundial, <i>Repositioning Nutrition as Central to</i>	

⁴² PNUD, (2003) *Informe de Desarrollo Humano, 2003* Versión electrónica. Disponible en www.undp.org

Development, Washington, 2006, p.15

Por ello, el combate a la desnutrición representa una ventana de oportunidad para lograr el cumplimiento no sólo del objetivo fijado referente a la nutrición, sino un amplio espectro de los ODM. En este sentido un programa alimentarios tendría una importante tarea que desempeñar para que México pueda cumplir con los Objetivos del Desarrollo del Milenio

3 Caracterización del problema

El objetivo del presente apartado es conocer la situación de la desnutrición en México, su magnitud, distribución y tendencias en los principales grupos de población afectados y a escala territorial. La intención final es caracterizar el problema de la desnutrición en México.

El apartado muestra que a pesar de los avances que se han logrado en la reducción de la desnutrición, la anemia, la deficiencia de micronutrientes y la disminución de las brechas de desigualdad entre grupos de población y regiones, la desnutrición sigue siendo un problema importante. En México, la desnutrición infantil se mantiene entre las primeras cinco causas de mortalidad⁴³ y, al igual que la anemia y la deficiencia de micronutrientes se inserta en un contexto de variables sociales, económicas y culturales que además de ser muy desfavorables son, por sí mismas, factores de riesgo que alteran el desarrollo infantil y la salud de las mujeres en edad reproductiva, en general, pero más particularmente en los niños menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva de familias indígenas⁴⁴.

⁴³ Secretaría de Salud, 2008.

⁴⁴ Ávila, Abelardo, Teresa Shamah, et al (1998) "La desnutrición infantil en el medio rural mexicano". En *Revista Salud Pública de México*. Marzo-abril, vol. 40 núm. 002. México. Instituto Nacional de Salud Pública; Hernández, Daniel, Cristina Barberena, et al (2003) *Desnutrición infantil y pobreza en México*. Cuadernos de

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

De tal manera que la persistencia de la desnutrición crónica, la anemia y la deficiencia en micronutrientes son problemas importantes de salud pública que, en términos territoriales, presentan la mayor incidencia en las localidades rurales, con los mayores niveles de marginación o las peores condiciones de bienestar social. Mientras, que en términos poblacionales, afectan principalmente a niños menores de cinco años, mujeres en edad reproductiva y población indígena.

Asimismo, se plantea que el cambio en el enfoque de las políticas públicas dirigidas a abatir el problema de la desnutrición y la pobreza en México ha sido positivo, y que en general los resultados en la disminución del problema de nutrición están asociados a la mejor focalización de los programas, en especial, del programa Desarrollo Humano Oportunidades, sin embargo, aún subsisten retos importantes para un programa alimentario que busque atender a las localidades más marginadas del país, es decir, básicamente existe la necesidad de focalizar la atención de un programa alimentario a las localidades que concentran a la población más vulnerable y que por su dispersión geográfica y su condiciones de aislamiento y marginación no son atendidas por otros programas sociales.

3.1 Antecedentes y magnitud actual del problema.

México experimenta una transición epidemiológica y nutricional. Las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y los estilos de vida (obesidad, hipertensión arterial, y diabetes, entre otras) muestran un aumento en su prevalencia y como causas de mortalidad. Por otro lado, las enfermedades asociadas con la desnutrición (como la anemia y la baja talla) mantienen aún una

Desarrollo Humano. México. SEDESOL; González, Teresa, Juan Rivera, et al (edit.) (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

prevalencia por encima de los niveles mostrados en otros países con ingresos y desarrollo similares a México, todo esto a pesar de que se ha aplicado una gran inversión en programas para combatir a la desnutrición⁴⁵.

Gracias a las relativamente recientes Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición de 1988, 1999 y 2006, se ha logrado conocer, no solo la magnitud del problema con representatividad nacional, sino que también hemos podido identificar a los grupos prioritarios, su distribución geográfica, los cambios en las prevalencias de los diferentes tipos de desnutrición y las deficiencias de los programas dirigidos a atender el problema. Todo lo anterior ha permitido mejorar la definición de las poblaciones objetivo de los diferentes programas para tener una mayor efectividad de los mismos. Sin embargo, la desnutrición crónica medida por la baja talla, así como la anemia y la deficiencia de micronutrientes siguen siendo problemas importantes de salud pública.

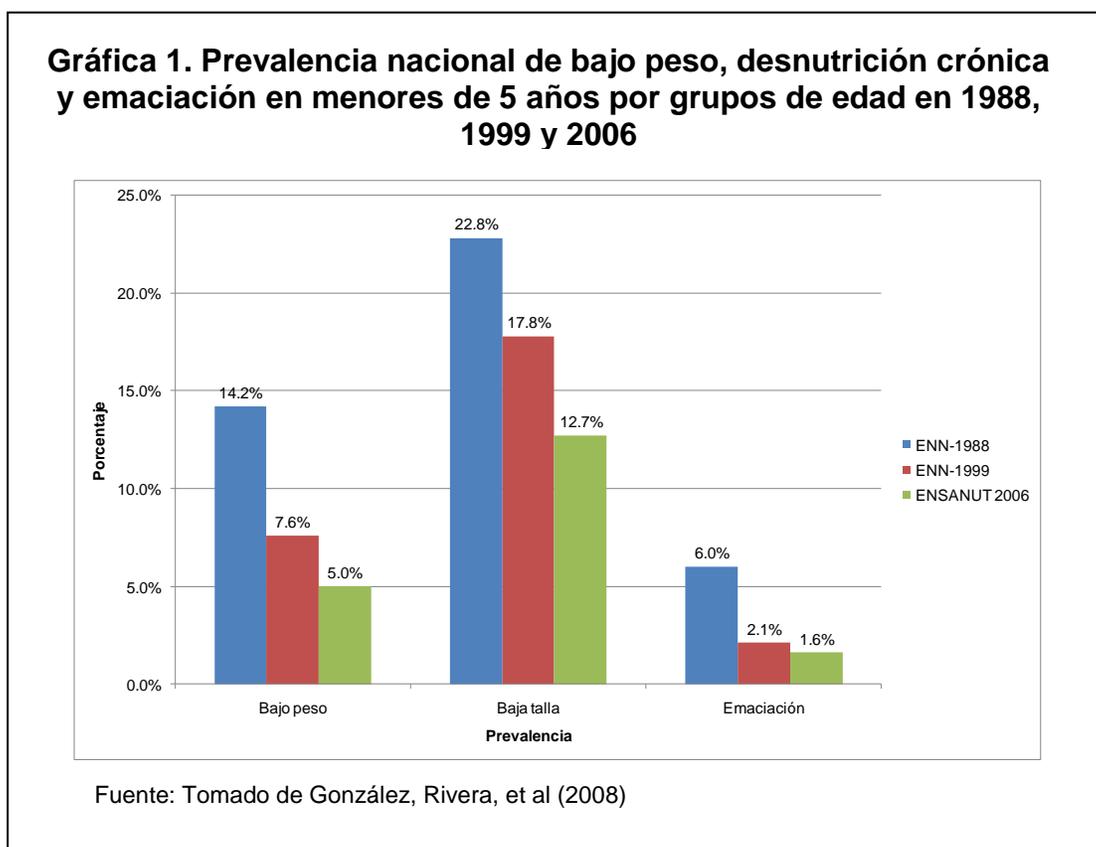
3.2 Desnutrición.

En los últimos años ha habido avances importantes en el estado nutricional de la población mexicana. La prevalencia de la desnutrición ha caído de forma importante (ver gráfica 1), mientras que en 1988 el 6% de los niños menores de cinco años presentaban una situación de desnutrición aguda (bajo peso) y casi el 23 por ciento, padecía desnutrición crónica (baja talla); para 1999 el 2% de los niños se clasificaron como desnutridos agudos y 17.8% como desnutridos crónicos. Cifras que disminuyen para el 2006, a 1.6 y 12.7 por ciento respectivamente. Lo anterior nos muestra que en 18 años -de 1988 a 2006- el porcentaje de niños con desnutrición aguda cayó en 4.4 puntos porcentuales y la desnutrición crónica en 10.1 puntos porcentuales. Además, la desnutrición medida por el bajo peso para la edad cayó en 9.2 puntos porcentuales, de 14.2% en 1988

⁴⁵ Barquera, Rivera, et al., (2006) "Food consumption, food expenditure, anthropometric status and nutrition related diseases in México" en *The double burden of malnutrition: case studies from six-* Roma: FAO; y Rivera-Dommarco, Barquera, Campos-Nonato y Tovar, 2003; citados en Barquera (2007) "Análisis crítico de la mala nutrición en el adulto" en *Salud Pública de México*. Año/vol 49. México. Instituto de Salud Pública.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

a 5% en 2006, lo que es un reflejo de los descensos tanto en la desnutrición aguda como en la crónica. Así, podemos decir que desde finales de los noventa, la desnutrición aguda (emaciación) ha dejado de ser un problema generalizado de salud pública ya que está dentro del intervalo esperado en una población bien alimentada –es decir, alrededor del dos por ciento de niños menores de cinco años padecen desnutrición aguda⁴⁶.



Sin embargo, a pesar de las disminuciones señaladas, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años sigue siendo un problema de salud pública, como muestra la tabla 4 para el 2006 el 12.7 de los niños menores de 5 años presentaban una situación de desnutrición crónica y 5 por ciento presentan

⁴⁶ Rivera J., Shamah T, Villalpando S, et al (2008) "El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006" en González, Teresa, Juan Rivera, et al (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

bajo peso, lo que equivale a cerca de 1.2 millones de niños menores de cinco años con desnutrición crónica y cerca de 500 mil con bajo peso⁴⁷.

La desnutrición medida por la baja talla y el bajo peso continúa siendo un desafío de las políticas públicas, no solo por su magnitud sino por la heterogeneidad de su distribución geográfica y entre grupos sociales. Lo anterior a pesar de que territorialmente las mayores reducciones de desnutrición crónica se dieron en el sur del país y en las zonas rurales contribuyendo así a cerrar las brechas existentes entre regiones, la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años se sigue concentrando en las zonas rurales del sur del país y en particular en niños indígenas.

De 1988 a 2006 la reducción de la desnutrición crónica en la región Sur fue de 15.8 puntos porcentuales (ver gráfica 2), la caída más importante se dio de 1999 a 2006 (10.9 puntos porcentuales), mientras que la disminución a escala nacional en el mismo periodo fue de 5.8 puntos porcentuales⁴⁸. Sin embargo, mientras la prevalencia de baja talla en menores de cinco años a nivel nacional es de 12.7 por ciento, en las zonas urbanas del norte del país ésta es de la mitad del promedio nacional; en las zonas rurales del sur representa el doble del promedio nacional; y entre niños indígenas es más del triple (ver gráfica 3). Es decir, mientras en el norte urbano las prevalencias son similares a países como Japón o Francia, entre niños indígenas las prevalencias son similares a las encontradas en varios países del África subsahariana⁴⁹

⁴⁷ González, Teresa, Juan Rivera, et al (edit.) (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL. pp V.; Rivera J., Shamah T, Villalpando S, et al (2008) "El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006" en González, Teresa, Juan Rivera, et al (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL

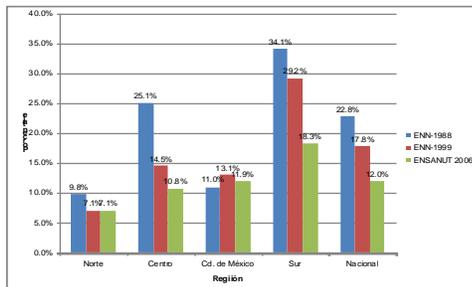
Rivera, Shamah, Villalpando, Cuevas y Morales, 2008)

⁴⁸ *Ibidem*

⁴⁹ González, Teresa, Juan Rivera, et al (edit.) (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL. pp.V

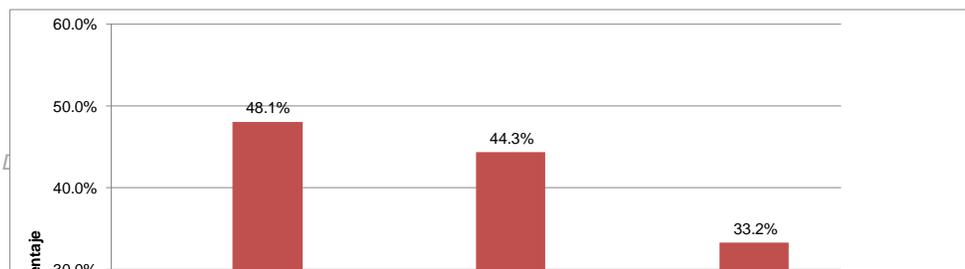
DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Gráfica 2. Prevalencia de desnutrición crónica por región en 1988, 1999 y 2006



Fuente: Tomado de González, Rivera, et al (2008)

Gráfica 3. Prevalencia de baja talla para la edad en niños indígenas menores de cinco años en 1988, 1999 y 2006.

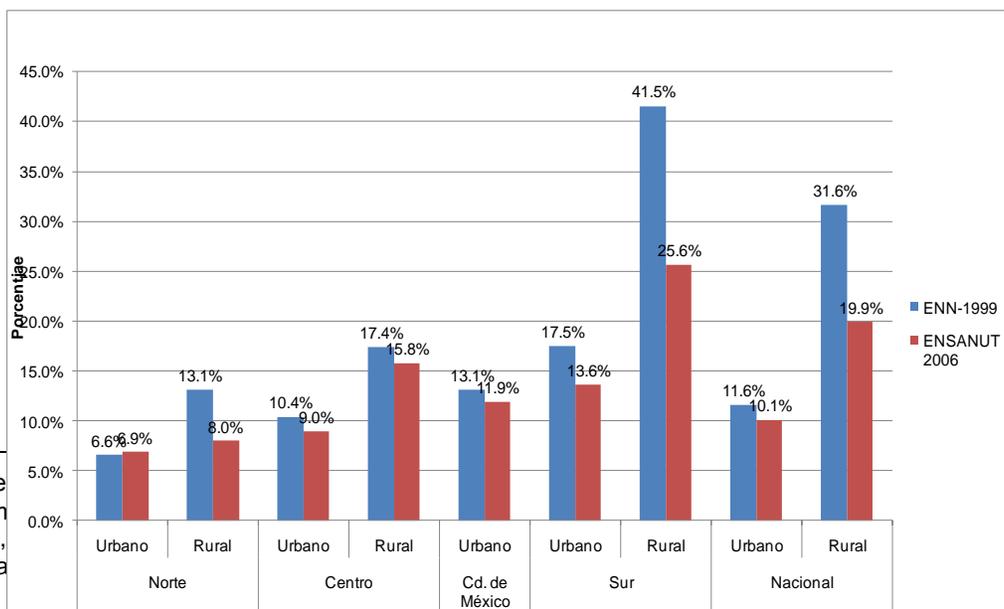


DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Fuente: Tomado de González, Rivera, et al (2008)

En las zonas rurales, a escala nacional estas zonas alcanzaron una disminución de 11.7 puntos porcentuales de 1999 a 2006, destacando la región Sur donde la disminución alcanzó los 15.9 puntos porcentuales (ver gráfica 4). Por otro lado, la disminución de la desnutrición crónica en zonas urbanas a escala nacional apenas alcanza 1.5 puntos porcentuales, promedio solo superado por la región Sur donde la disminución fue de 3.9 puntos porcentuales⁵⁰.

Gráfica 4. Prevalencia nacional de desnutrición crónica en menores de cinco años por región y zonas rurales y urbanas en 1999 y 2006



DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Fuente: Tomado de González, Rivera, et al (2008)

A pesar de lo anterior, México sigue presentando una situación nutricional heterogénea, como se observa en la tabla 5 para el 2006 las prevalencias más altas de bajo peso se dan en la región Sur con un 6%, un punto porcentual mayor a la nacional, mismo comportamiento tiene la prevalencia de la desnutrición crónica (baja talla), es decir, las prevalencias más altas de desnutrición crónica se dan en la región Sur con un 18.3 por ciento, casi 6 puntos porcentuales más que la prevalencia nacional. Además, las disminuciones observadas en México están por debajo de lo esperado dado el nivel de desarrollo del país⁵¹.

De la misma manera los resultados de la ENSANUT (2006) nos muestran que por entidades las prevalencias más altas de desnutrición crónica y bajo peso se concentran en los estados de Chiapas (27 y 10.3 por ciento respectivamente), Oaxaca (22.15 y 7.7%), Guerrero (21.6 y 7.6%) y Yucatán (20.3 y 7.5 por ciento) todos con prevalencias mayor al 20 por ciento y 7 por ciento respectivamente. Mientras que trece de las entidades⁵² se clasificaron como de baja prevalencia (<10%) y 15 entidades⁵³ mostraron prevalencia moderadas (10% a 19.9%)⁵⁴.

⁵¹ García Verdú R. (2008) "La desnutrición infantil en México en perspectiva internacional: 1988-2006" en González, Teresa, Juan Rivera, et al (edit) (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL. Pp. 6

⁵² Prevalencia <10%: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Durango, Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Querétaro y San Luis Potosí.

⁵³ Sonora, Coahuila, Veracruz, Tabasco, Campeche, Quintana Roo, Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Guanajuato, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y Colima.

⁵⁴ Rivera J., Shamah T, Villalpando S, et al (2008) "El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006" en González, Teresa, Juan Rivera, et al (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL pp. 7

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Tabla 5. Prevalencia nacional de desnutrición por grupos de edad, población afectada, tendencia, zonas, regiones y estados. 2006.							
	Grupo de edad con mayor prevalencia	Población afectada del grupo de edad con mayor prevalencia	%	Tendencia	Zonas con mayor prevalencia	Regiones con mayor prevalencia	Estados con mayor prevalencia
Desnutrición aguda (emaciación)	Niños menores de 5 años	153,000	1.6 %	La desnutrición aguda (emaciación) ha dejado de ser un problema generalizado de salud pública ya que está dentro del intervalo esperado en una población bien alimentada –es decir, alrededor del dos por ciento de niños menores de cinco años padecen desnutrición aguda			
Bajo peso	Niños menores de 5 años	472,890	5%	Diminución	Zonas rurales	Región Sur (65)	Chiapas (10.3%), Oaxaca (7.7%), Guerrero (7.6) y Yucatán (7.5%)
Baja talla	Niños menores de 5 años	1'194,805	12.7%	Diminución	Zonas rurales	Región Sur (18.3%)	Chiapas (27%), Oaxaca (22.1%), Guerrero (21.6%) y Yucatán (20.3%)
Fuente: Shamah T., Villalpando S, et al (2007) <i>Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006</i> . México. Instituto de Salud Pública							

Por la edad las prevalencias también tienen una distribución diferenciada, en cuanto al bajo peso es mayor en cuatro puntos porcentuales que la nacional en los niños de 12 a 23 meses (9%). Por su parte la desnutrición crónica presenta una mayor prevalencia en niños de 48 a 59 meses (21.8%).

Asimismo, la prevalencia de desnutrición para la población de menores de 5 años es mayor en las familias clasificadas como indígenas. A pesar de la disminución de desnutrición crónica en la población indígena ésta sigue siendo tres veces mayor que en la población no indígena. De continuar con la misma velocidad en disminución de la desnutrición habría que esperar 20 años, hasta el 2026, para alcanzar la meta de prevalencias menores o iguales a 2.5% en la población indígena⁵⁵.

A pesar de que de 1988 al 2006 se ha venido cerrando la brecha de la inequidad en cuanto a la prevalencia de la desnutrición por condiciones de bienestar, para el 2006 se sigue observando que la desnutrición sigue afectando

⁵⁵ *Ibíd*em pp. 7-8

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

en mayor medida a las familias más pobres, la prevalencia en el decil bajo de bienestar es 6.6 veces superior en relación al más alto⁵⁶.

3.3 Anemia y deficiencia de micronutrientes.

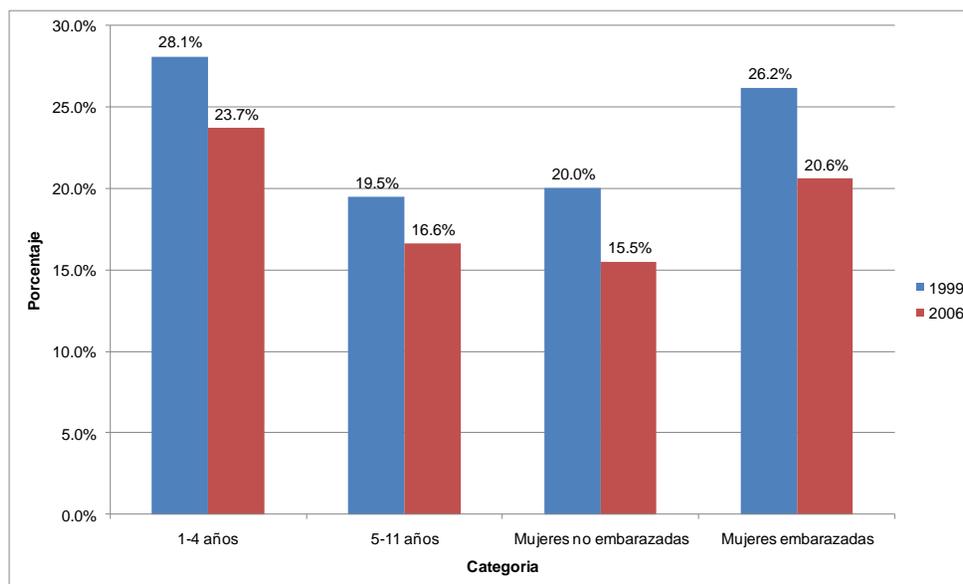
La anemia y la deficiencia de micronutrientes son las insuficiencias nutrimentales más importantes en México⁵⁷.

Los resultados de las encuestas de 1999 y 2006 nos muestran que la anemia es alta y su reducción ha sido relativamente modesta (ver gráfica 5). Los grupos con mayores prevalencias de anemia son los niños y las mujeres en edad fértil. Aunque la de anemia entre 1999 y 2006 disminuyó tanto en niños como en mujeres, ésta sigue siendo muy alta (mayor al 20%). Además, aunque la disminución de la prevalencia de anemia se dio en todas las regiones la menor disminución se dio en la zona Sur con apenas 1 punto porcentual, mientras que en la zona metropolitana de la ciudad de México, donde se dio la mayor disminución, fue de 7.6 puntos porcentuales, seguida de la región Centro con 6.1 y la zona Norte con 4.6 puntos porcentuales⁵⁸.

Gráfica 5. Prevalencia de anemia en niños y mujeres en 1999 y 2006.

⁵⁶ *Ibidem* pp. 7
⁵⁷ *Ibidem* pp. 9
⁵⁸ *Ibidem* pp. 10

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.



Fuente: Tomado de González, Rivera, et al (2008)

A pesar de las disminuciones antes señaladas en el 2006 la anemia sigue afectando al 23.7 por ciento de los niños menores de 5 años, al 16.6% de los niños de 5 a 11 años y al 11.5 por ciento de los de 12 a 19 años. Asimismo afecta al 15.6 por ciento de las mujeres en edad reproductiva. Como se muestra en el tabla 6 las prevalencias más altas se dan en las localidades rurales de la región Sur y Norte del país. Asimismo, los estados con mayores prevalencias de anemia en niños menores de cinco años son: Baja California, Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur, Sonora, Tabasco, Hidalgo, Puebla, Veracruz, Michoacán, Yucatán, Oaxaca, San Luis Potosí y Aguascalientes. De la misma manera los estados con mayor prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva son: Sonora, Coahuila, Colima, Baja California Sur y Quintana Roo.⁵⁹

⁵⁹ Shamah T., Villalpando S, et al (2007) Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. México. Instituto de Salud Pública

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Tabla 6. Prevalencia nacional de anemia por grupos de edad, población afectada, tendencia, localidades, regiones y estados. 2006.					
Grupo de edad con mayor prevalencia	Población afectada del grupo de edad con mayor prevalencia	%	Localidades con mayor prevalencia	Regiones con mayor prevalencia	Estados con mayor prevalencia
Menores de 5 años	1'862,985	23.7 %	Rural (26.1%) Urbana (22.8%)	Sur (26.9%) Norte (22.6%)	Baja California (36.6%) Sinaloa (34.5%) Guerrero (32.7%) Baja California Sur (31.8%) Sonora (30.9%) Tabasco, Hidalgo, Puebla, Veracruz y Michoacán (alrededor de 28%) Yucatán y Oaxaca (cerca de 27%) San Luis Potosí y Aguascalientes (cerca de 25%)
Niños de 5 a 11 años	2'615,902	16.6 %	Rural (17.9%) Urbana (16.1%)	Sur (18.9%) Norte (17.7%)	Sonora y Sinaloa (alrededor de 24%) Baja California y Colima (cerca de 23%) Tabasco y Veracruz (casi 22%) Yucatán (20.2%)
Niños de 12 a 19 años	2'116,582	11.5 %	Rural (12.3%) Urbana (11.3%)	Sur (13.4%) Norte (12.4%)	Baja California Sur (21.3%)
Mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años)	5'279,336	15.6 %	No hay diferencia entre urbana y rural	Sur (17%) Norte (16.2%)	Sonora (25%) Coahuila (22.7%) Colima (22.1%) Baja California Sur (21.8%) Quintana Roo (21%)
Fuente: Shamah T., Villalpando S, et al (2007) Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. México. Instituto de Salud Pública.					

De una forma similar, aunque no tan marcada que en la desnutrición crónica, en el caso de la anemia se puede observar que las prevalencias de 1999 y 2006 por quintil de condiciones de bienestar son mayores en los dos quintiles bajos de bienestar en ambos años de estudio. Las prevalencias en 2006 mantienen un gradiente similar al observado en 1999, pero con prevalencias más bajas en general. El gradiente no es tan pronunciado como el que se observa para la desnutrición crónica, en el que la diferencia es de casi 1.7 veces mayor en el

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

quintil más bajo, pero aún en el quintil superior se observan prevalencias superiores al doble de las registradas en países de ingresos elevados”⁶⁰.

De la misma manera que en el caso de la anemia, la deficiencia de micronutrientes presenta sus mayores prevalencias en los niños y las mujeres en edad fértil. La deficiencia más importante es la de hierro, sobresale la prevalencia en los niños de 1 a 2 años que es del 67%, seguida de la de niños de 3 a 4 años con cerca del 50% y la de los niños de 5 a 11 años que afecta al 36%. Mientras que la deficiencia de hierro afecta a más del 40 por ciento de las mujeres. La sigue en importancia por su magnitud la deficiencia de vitamina C, que es la principal deficiencia en las mujeres llegando a afectar al 50%, asimismo, afecta entre el 30% y 40% de los niños de 1 a 11 años. La tercera deficiencia en importancia por su magnitud es la de Zinc que afecta alrededor del 30% de niños menores de 5 años, el 30% de mujeres y el 20% en de niños de 5 a 11. Le sigue la deficiencia de vitamina A que es de entre 20% y 30% en niños, y de menos de 5% en mujeres. Al final se encuentra la deficiencia de ácido fólico que va de 10 a 20% en niños y es de 8% en mujeres. De tal manera que excepto el caso de la vitamina A en las mujeres, hay prevalencia de medianas a elevadas de todos los micronutrientes analizados, sobresaliendo por su magnitud el hierro⁶¹.

En conclusión podemos decir que en México la prevalencia de desnutrición crónica junto con la anemia y la deficiencia de micronutrientes siguen siendo problemas importantes de salud pública que afectan principalmente a las localidades rurales, pobres y marginadas. Por lo que es importante que cualquier diseño de política considere a estas localidades como de atención prioritaria. Pero además, es importante señalar, como se desprende de la caracterización del problema, que dentro de estas localidades, los niños menores de cinco años, las

⁶⁰ Rivera J., Shamah T, Villalpando S, et al (2008) “El estado nutricional de la población en México: cambios en la magnitud, distribución y tendencias de la mala nutrición de 1988 a 2006” en González, Teresa, Juan Rivera, et al (2008) *Nutrición y Pobreza. Política pública basada en evidencia*. México. Banco Mundial/SEDESOL. pp 10.

⁶¹ *Ibidem* pp. 9

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

mujeres en edad reproductiva y la población indígena son los grupos sociales más vulnerables.

Las prevalencias de desnutrición, anemia y deficiencia de micronutrientes se han mantenido a pesar de las políticas y programas que se han aplicado para atender el problema. En México hay una amplia experiencia en la aplicación de programas que han buscado disminuir la desnutrición, pero en un primer momento estos programas no tuvieron la focalización y pertinencia necesarias lo que limitó sus impactos. Lo anterior cambio a partir de la aplicación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades a finales de la década de los 90, como se verá más adelante, diferentes evaluaciones de este programa han mostrado el éxito del mismo, atribuyéndole al programa Oportunidades las disminuciones observadas en las prevalencias de la desnutrición, la anemia y la deficiencia de micronutrientes. Sin embargo, aunque Oportunidades es un programa con cobertura muy amplia que para el 2007 atendía a 5 millones de familias en más de 93 mil localidades rurales y urbanas, su alcance no llega a las zonas rurales más marginadas y pobres del país, ya que atiende a localidades pobres siempre y cuando tengan servicios de salud y educación, dejando fuera de su atención a las localidades que no tienen estos servicios, lo que abre un nicho de atención para un Programa Alimentario que se focalice en este grupo de población.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

3.4 Identificación de la población potencial.

El objetivo de este apartado es identificar y describir las características socioeconómicas de la población potencial que debería ser atendida por un programa alimentario que complementa al de Oportunidades con el fin de apoyar la disminución de la desnutrición en México. La caracterización del problema presentada en el apartado anterior nos permite definir a la población potencial como aquella población que de forma prioritaria debería ser atendida, es decir, la población potencial es aquella que vive en localidades rurales, pobres, de alta marginación y que no son atendidas por el programa Desarrollo Humano Oportunidades.

Operativamente, la población potencial se identificó a través de la información que los diferentes órganos de información oficiales en México ponen a la disposición del público. De tal manera que a partir de la información socioeconómica por localidad de INEGI (Principales Resultados, ITER); los índices de marginación de CONAPO, y el padrón de beneficiarios de Programa Sociales que actualmente se están aplicando (Oportunidades) de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) se calculó la población potencial. De acuerdo a estas fuentes podemos identificar a la población potencial como aquella que cumplen con los siguientes parámetros de focalización:

1. Que habite o resida en localidades rurales menores de 2500 habitantes.
2. Que estas localidades rurales tengan grado de marginación⁶² muy alto o alto, o que no tengan asignado grado de marginación⁶³, según los datos oficiales.

⁶² El grado de marginación es una medida-resumen que permite diferenciar las localidades de acuerdo a su grado de carencias y rezagos que padece la población en tres componentes esenciales: educación, vivienda e ingreso.

⁶³ CONAPO identifica cinco grados de marginación: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. Esta clasificación permite diferenciar las condiciones de exclusión social de sus respectivos pobladores, lo que ayuda a definir prioridades de intervención mediante políticas sociales que buscan mejorar dicha situación. La información del

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

3. Que no sean beneficiarios de algún programa social del estado mexicano.

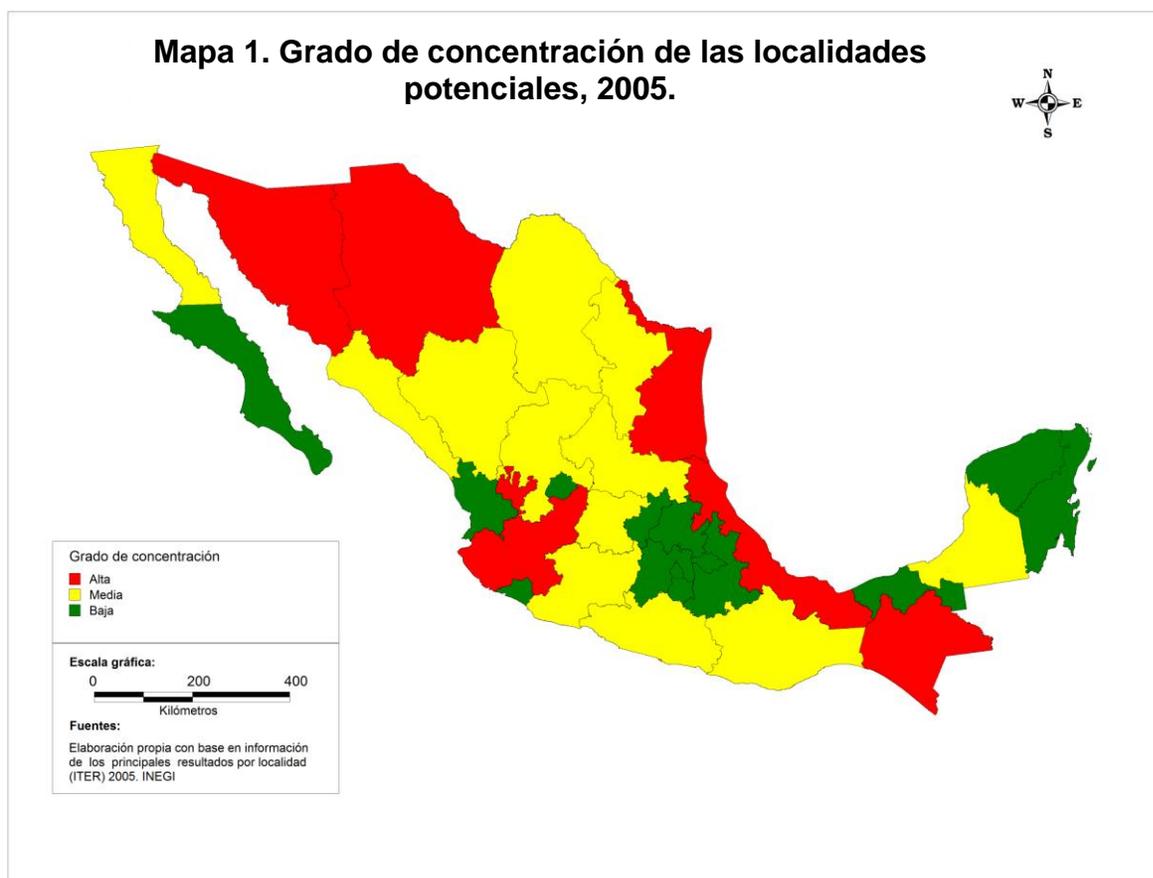
Siguiendo los criterios anteriores encontramos que de las 187,938 localidades que hay en el país según los datos del ITER (2005), el 98% (184,751) son localidades rurales, de las cuales 157,632 (85%) tienen muy alto, alto o sin grado de marginación, 69,387 son atendidas por Oportunidades, de tal manera que podemos decir que la población potencial está conformada por 88,245 localidades, lo que representa casi el 47% de las localidades totales que hay en México.

Tabla 7. Número de localidades que conforman la población potencial según criterios de elegibilidad.	
Criterio	Número de localidades
Total de localidades en México	187,938
Total de localidades rurales	184,751
Total de localidades rurales con alto y muy alto grado de marginación	73,716
Total de localidades rurales sin grado de marginación	83,916
Localidades rurales, con alto, muy alto o sin grado de marginación atendidas por Oportunidades	69,387
Localidades donde habita la población potencial	88,245
Fuente: Elaboración propia	

grado de marginación por localidad es calculada por CONAPO para todas las localidades del país para las que están disponibles los datos censales que INEGI proporciona. Por criterios de confidencialidad, INEGI no da a conocer la información censal de las localidades de una o dos viviendas. Entonces no contamos con información del grado de marginación para estas localidades, sin embargo, podemos suponer que estas localidades, por sus propias condiciones (particularmente su tamaño) son rurales y de muy alta o alta marginación, por lo que deben ser consideradas como parte de la población potencial.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Como se puede observar en el Mapa 1 la distribución de las localidades que concentran a la población potencial no es homogénea, el 35.7% de las localidades potenciales se ubican en la región Norte, seguida de la región Sur-Sureste con el 34.3% de las localidades. Asimismo, los estados de Chiapas (12.17%), Veracruz (9.93%), Chihuahua (9.44%), Sonora (6.43%), Tamaulipas (5.84%) y Jalisco (5.36%), concentran el mayor número de localidades de atención potencial (Ver tabla 8).



DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Tabla 8. Localidades potenciales por estado y región. 2005			
Región	Número de localidades potenciales	% de localidades con respecto a la región	% de localidades con respecto al total potencial nacional
1. Región Centro			
D.F	450	8.92%	0.51%
Hidalgo	526	10.43%	0.60%
México	721	14.29%	0.82%
Morelos	441	8.74%	0.50%
Puebla	1391	27.58%	1.58%
Querétaro	900	17.84%	1.02%
Tlaxcala	615	12.19%	0.70%
Total de la región	5044	100.00%	5.72%
2. Región Centro Occidente			
Aguascalientes	904	4.23%	1.02%
Colima	854	4.00%	0.97%
Durango	3196	14.97%	3.62%
Guanajuato	3004	14.07%	3.40%
Jalisco	4733	22.16%	5.36%
Michoacán	3189	14.93%	3.61%
Nayarit	1548	7.25%	1.75%
San Luis Potosí	2013	9.43%	2.28%
Zacatecas	1915	8.97%	2.17%
Total de la región	21356	100.00%	24.20%
3. Región Norte			
Baja California	2839	8.99%	3.22%
Baja California Sur	1597	5.06%	1.81%
Coahuila	2577	8.16%	2.92%
Chihuahua	8333	26.39%	9.44%
Nuevo León	2888	9.15%	3.27%
Sinaloa	2512	7.96%	2.85%
Sonora	5672	17.96%	6.43%
Tamaulipas	5156	16.33%	5.84%
Total de la región	31574	100.00%	35.78%
4. Región Sur-Sureste			
Campeche	1933	6.39%	2.19%
Chiapas	10737	35.47%	12.17%
Guerrero	2166	7.16%	2.45%
Oaxaca	3372	11.14%	3.82%
Quintana Roo	1295	4.28%	1.47%
Tabasco	577	1.91%	0.65%
Veracruz	8763	28.95%	9.93%
Yucatán	1428	4.72%	1.62%
Total de la región	30271	100.00%	34.30%
Total nacional	88245		100.00%

Fuente: Elaboración propia

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

3.5 Caracterización de la población potencial.

En este punto se presenta la caracterización de la población a partir de las variables poblacionales y económicas más importantes. En las primeras se incluyen datos de la población total, su distribución geográfica y su estructura en cuanto a sexo, grupos de población importantes para el programa como lo son los niños menores de 5 años, las mujeres en edad reproductiva y la población indígena. Asimismo, se incluyen algunos datos sobre las condiciones de vida y el bienestar social de la población potencial. En las variables económicas se incluyen datos de la Población Económicamente Activa, la Población Ocupada, los sectores productivos y la especialidad productiva.

3.5.1 Dinámica y estructura poblacional.

Siguiendo los criterios anteriores podemos calcular que para el 2005 la población potencial está conformada por 900,134 personas que viven en 88,245 localidades, lo que representa el 0.87% de la población total de México y el 46.9% de las localidades del país.

Tabla 9. Porcentaje de la población con respecto al total nacional. 1995-2005		
Año	Población potencial nacional	% con respecto al total nacional
1995	348129	0.38%
2000	706256	0.72%
2005	900134	0.87%

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por Localidad (ITER)* 1995, 2000 y 2005. INEGI

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

La distribución geográfica de la población potencial no es homogénea, de tal manera que, para el 2005, la región Sur-Sureste concentraba el 43.22% de la población potencial del país, ubicada principalmente en los estados de Chiapas y Veracruz. En seguida se encuentra la región Norte, con el 22.87% de esta población, en la cual el estado de Chihuahua concentra el 8.17% de la población. A continuación se encuentra la región Centro Occidente donde se ubica el 22.04% de la población potencial y por último la región Centro, con tan solo el 11.87% de la misma. (Ver tabla 10)

Tabla 10. Población potencial por región y entidad federativa. 2005.						
Región/Entidad Federativa	Población total	Población potencial	% con respecto al estado	% con respecto a la región	% con respecto a la población potencial nacional	% con respecto a la población nacional
1. Región Centro						
D.F	8,720,916	30366	0.35%	28.42%	3.37%	0.029%
Hidalgo	2,345,514	4839	0.21%	4.53%	0.54%	0.005%
México	14,007,495	29376	0.21%	27.49%	3.26%	0.028%
Morelos	1,612,899	8885	0.55%	8.32%	0.99%	0.009%
Puebla	5,383,133	15801	0.29%	14.79%	1.76%	0.015%
Querétaro	1,598,139	13345	0.84%	12.49%	1.48%	0.013%
Tlaxcala	1,068,207	4240	0.40%	3.97%	0.47%	0.004%
Total de la región	34,736,303	106852		100.00%	11.87%	0.103%
2. Región Centro- Occidente						
Aguascalientes	1,065,416	7157	0.67%	3.61%	0.80%	0.007%
Colima	567,996	4438	0.78%	2.24%	0.49%	0.004%
Durango	1,509,117	28091	1.86%	14.16%	3.12%	0.027%
Guanajuato	4,893,812	34225	0.70%	17.25%	3.80%	0.033%
Jalisco	6,752,113	46234	0.68%	23.31%	5.14%	0.045%
Michoacán	3,966,073	29081	0.73%	14.66%	3.23%	0.028%
Nayarit	949,684	18840	1.98%	9.50%	2.09%	0.018%
San Luis Potosí	2,410,414	16344	0.68%	8.24%	1.82%	0.016%
Zacatecas	1,367,692	13968	1.02%	7.04%	1.55%	0.014%
Total de la región	23,482,317	198378		100.00%	22.04%	0.192%
3. Región Norte						
Baja California	2,844,469	20555	0.72%	9.98%	2.28%	0.020%
Baja California Sur	512,170	7947	1.55%	3.86%	0.88%	0.008%
Coahuila	2,495,200	11459	0.46%	5.57%	1.27%	0.011%
Chihuahua	3,241,444	73564	2.27%	35.73%	8.17%	0.071%
Nuevo León	4,199,292	14486	0.34%	7.04%	1.61%	0.014%
Sinaloa	2,608,442	21222	0.81%	10.31%	2.36%	0.021%
Sonora	2,394,861	30324	1.27%	14.73%	3.37%	0.029%
Tamaulipas	3,024,238	26326	0.87%	12.79%	2.92%	0.025%
Total de la región	21,320,116	205883		100.00%	22.87%	0.199%
4. Región Sur-Sureste						
Campeche	754,730	13749	1.82%	3.53%	1.53%	0.013%
Chiapas	4,293,459	189549	4.41%	48.72%	21.06%	0.184%

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Guerrero	3,115,202	27631	0.89%	7.10%	3.07%	0.027%
Oaxaca	3,506,821	60749	1.73%	15.62%	6.75%	0.059%
Quintana Roo	1,135,309	11164	0.98%	2.87%	1.24%	0.011%
Tabasco	1,989,969	7541	0.38%	1.94%	0.84%	0.007%
Veracruz	7,110,214	71581	1.01%	18.40%	7.95%	0.069%
Yucatán	1,818,948	7057	0.39%	1.81%	0.78%	0.007%
Total de la región	23,724,652	389021		100.00%	43.22%	0.377%
Total nacional	103,263,388	900134			100.00%	0.87%

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales Resultados por Localidad (ITER) 2005*. INEGI

Los datos censales muestran que el grupo de población potencial ha crecido continuamente en los últimos 10 años (ver tabla 11), en 1995 la población potencial era de 348,129 personas, cantidad que aumenta a 706,256 en 2000 y cinco años después crece a 900,134, esto implicó un aumento de 552,005 personas de 1995 al 2005. La tasa de crecimiento anual de la población potencial de 1995 al 2005 fue 9.96%, mayor a la nacional que fue de sólo 1.25% en el mismo periodo (ver tabla 12).

Tabla 11. Población potencial y no potencial. 1995, 2000 y 2005.			
	1995	2000	2005
Nacional	91,158,290	97,483,412	103,263,388
Población potencial	348,129	706,256	900,134
Población no potencial	90,810,161	96,777,156	102,363,254

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por Localidad (ITER) 1995, 2000 y 2005*. INEGI

Tabla 12. Tasas de crecimiento anual poblacional. 1995-2005.			
Año	Tasa de crecimiento anual nacional	Tasa de crecimiento anual de la población potencial	Tasa de crecimiento anual de la población no potencial
1995-2005	1.25	9.96	1.20

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por Localidad (ITER) 1995, 2000 y 2005*. INEGI

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

La estructura de la población potencial nos muestra que, de las 900,134 personas que conforman la población potencial para el 2005, el 23 % por ciento es población femenina en edad reproductiva, 11.9 por ciento son niños menores de 5 años y el 18 por ciento son indígenas, lo que representa a un poco más de 208 mil mujeres en edad reproductiva, 107 mil niños menores de 5 años y un poco más de 163 mil indígenas.

Tabla 13. Estructura de la población potencial objetivo.											
Año	Total	Sexo				Población 0 a 4 años	% con respecto al total	Mujeres en edad reproductiva	% con respecto al total	Población indígena	% con respecto al total
		Hombres	%	Mujeres	%						
2000	706,256	367,253	52%	339,003	48%	115,638	16.4%	198,757	28%	120,697	17.1%
2005	900,134	486,072	54%	414,062	46%	107,105	11.9%	208,799	23%	163,167	18.1%

Fuente: Elaboración propia con base en información de *los Principales resultados por localidad (ITER)* 1995, 2000 y 2005. INEGI.

*Nota: La población de 0 a 4 años es una estimación del porcentaje promedio de niños en ese grupo

3.5.2 Condiciones de vida y bienestar social

La población potencial está caracterizada por su bajo nivel educativo, para el 2005 el 23% de esta población era analfabeta, 53 por ciento no contaba con educación básica completa y el promedio de escolaridad era de 4 años. Mientras que a escala nacional los analfabetas apenas alcanzan el 11% y la población sin educación básica completa llega al 36 por cientos, mientras que el grado promedio de escolaridad nacional es de 8 años, es decir, el doble que el de la población potencial.

Tabla 14. Población analfabeta, sin educación básica completa y grado promedio de escolaridad. 2000-2005.							
	Año	Población mayor a 15 años	Población analfabeta	% de analfabetas	Población sin educación básica completa	% con respecto a la población mayor de 15 años	Grado promedio de escolaridad
Población Potencial	2000	600,050	9,186	1.5%	51,768	8.63%	4.0
	2005	603,685	143,211	23.7%	325,200	53.87%	4.5
Total Nacional	2000	62,842,638	5,942,091	9.5%	11,603,530	18.46%	7.3
	2005	68,802,564	8,024,855	11.7%	25,358,083	36.86%	8.0

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por Localidad (ITER)* 2000 y 2005. INEGI *Nota: Para estimar la población sin educación básica completa del 2000 se considero la población con educación secundaria incompleta

Asimismo, sus condiciones de vida son malas. Del total de la población potencial del 2005 el 78.41% no tienen derechohabiencia, porcentaje mayor al 49.78% a nivel nacional. (Ver tabla15).

Tabla 15. Población potencial con derechohabiencia a servicios de salud. 2000-2005.

	Año	Población total	Población con derechohabiencia	% con respecto a la población total	Población sin derechohabiencia	% con respecto a la población total
Población potencial	2000	706,256	125,402	17.76%	571,190	80.88%
	2005	900,134	193,843	21.53%	705,802	78.41%
Total Nacional	2000	97,483,412	39,120,682	40.13%	55,555,788	56.99%
	2005	103,263,388	48,452,418	46.92%	51,402,597	49.78%

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por localidad (ITER)* 1995, 2000 y 2005. INEGI.

De las 200,714 viviendas ubicadas en las localidades que concentran a la población potencial el 88 por ciento no cuenta con servicios de agua entubada, el 56 por ciento no cuenta con servicio de drenaje y el 38 por ciento no cuenta con energía eléctrica (ver tabla 16). Lo anterior implica que el porcentaje de viviendas de las localidades potenciales que no tienen servicios de agua, drenaje y de energía eléctrica son casi el doble que el porcentaje nacional.

De acuerdo con el promedio de habitantes por vivienda del 2005 podemos calcular que en estas localidades más de 689 mil personas viven en viviendas sin agua entubada, y más de 497 mil y 330 mil viven en viviendas sin drenaje y sin luz eléctrica respectivamente.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Tabla 16. Población con servicios de agua entubada, drenaje y energía eléctrica en la vivienda. 2005-1995.								
	Año	Total de viviendas	Viviendas con servicio de agua entubada	Porcentaje con respecto al total	Viviendas con servicio de drenaje	Porcentaje con respecto al total	Viviendas con servicio de energía eléctrica	Porcentaje con respecto al total
Población	2000	149,553	61,970	41.44%	56,346	37.68%	98,074	65.58%
Potencial	2005	198,016	44,834	22.64%	87,552	44.21%	124,575	62.91%
Total	2000	21,954,733	18,139,843	82.62%	16,800,934	76.53%	20,445,525	93.13%
Nacional	2005	24,719,029	21,086,978	85.31%	20,825,049	84.25%	23,194,511	93.83%

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por localidad (ITER)* 1995, 2000 y 2005. INEGI.

Un dato importante que puede dar cuenta del logro de bienestar social es el nivel de ingreso de la población. La tabla 17 muestra que el nivel de ingreso de la población ocupada de la región es muy bajo. Para el 2000 se calcula que en promedio el 23.8 por ciento de la población ocupada (que trabaja) y vive en estas localidades no recibía ingresos y poco más del 20.7 por ciento recibía menos de un salario mínimo. Asimismo, se observa que un poco más del 20 por ciento de la PO a escala nacional vive en estas localidades. Así, podemos calcular que para el 2000 un poco más del 53 por ciento recibía aproximadamente 35.2 pesos⁶⁴ diarios de ingreso.

Tabla 17. Población ocupada por categorías de ingresos, 2000.				
	Población potencial	% con respecto a la población potencial	Nacional	% con respecto a la población nacional
Población ocupada	302091		33730210	
Población ocupada que no recibe ingresos	71964	23.82%	2817566	8.35%
Población ocupada que recibe menos de un salario mínimo	62632	20.73%	4154778	12.32%

⁶⁴ El salario mínimo para el 2000 era en promedio 35.2 para las tres áreas geográficas definidas para el país. (Sistema Administrativo Tributario (SAT) *Tabla de evolución del salario mínimo* disponible en www.sat.gob.mx)

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

mensual de ingreso por trabajo				
Población ocupada que recibe 1 y hasta 2 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	101351	33.55%	10228834	30.33%
Población ocupada con más de 2 y hasta 5 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	45850	15.18%	10694533	31.71%
Población ocupada que recibe más de 5 y hasta 10 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	4632	1.53%	2701452	8.01%
Población ocupada con más de 10 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	2451	0.81%	1297376	3.85%
Fuente: Elaboración propia con base en información de los <i>Principales Resultados por Localidad (ITER) 2000</i> . INEGI				

3.5.3 Dinámica económica.

La dinámica económica, incluye un acercamiento para conocer la capacidad de trabajo con que se cuenta en las localidades donde se concentra la población potencial, dicha dinámica se caracteriza a partir de variables importantes para el efecto como lo son la PEA (Población Económicamente Activa), los sectores económicos con mayor potencial (especialización productiva) y el empleo.

La distribución de la PEA de las localidades por sector de actividad económica nos muestra la estructura económica de las localidades analizadas, como se puede observar en la tabla 18 en las localidades donde se reúne la población potencial la PEA para el 2000 se concentra en el sector primario (65.2%), seguido por el sector secundario (13.0%) y el sector terciario (12.8%).

Tabla 18. Población económicamente activa (PEA) por sectores económicos. 2000.							
	PEA	Sector primario	%	Sector Secundario	%	Sector Terciario	%
Población potencial	326,571	213,030	65.2	42,343	13.0	41,910	12.8
Nacional	33,730,210	5,338,299		9,384,109		17,995,223	
Fuente: Elaboración propia con base en información de <i>Principales resultados por Localidad (ITER) 2000</i> .							

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

INEGI *Nota: No se completa el 100% debido a que no se consideraron las actividades insuficientemente especificadas

A falta de datos precisos y más confiables, un acercamiento muy grueso al dato de empleo en las localidades nos lo da el tamaño de la PO (Población Ocupada), es decir, la población que trabaja. Con este dato podemos calcular que cerca de 1880 personas que son parte de la PEA y que viven en estas localidades están desocupadas o no trabajan, el aparentemente bajo nivel de desempleo se puede explicar para el caso de localidades altamente marginadas y con una alta participación de la PEA en el sector primario y por la condición de autoempleo que supone una actividad agrícola poco competitiva y de posible autoconsumo.

Una medida de especialización importante es la proporción de PO por tipo de actividad económica en la región con relación al país (índice de especialización productiva). A partir de esta medida y como se presenta en la tabla 19 podemos decir que las localidades donde se concentra la población potencial tienen una actividad productiva poco diversificada y con una especialización centrada en las actividades del sector primario.

Tabla 19. Población ocupada por sectores económicos. 2000.							
	Población ocupada	Sector primario	Índice especialización	Sector Secundario	Índice especialización	Sector Terciario	Índice especialización
Población potencial	302,091	213,030	4.46 (especializado)	42,343	0.50 (no especializado)	41,910	0.26 (no especializado)
Nacional	33,730,210	5,338,299		9,384,109		17,995,223	

Fuente: Elaboración propia con base en información de *Principales resultados por Localidad (ITER) 2000*. INEGI

3.6 Identificación de la población objetivo

La población objetivo es definida como un subgrupo de la población potencial, es decir de la población que habita en las 88,245 localidades, caracterizada principalmente por su alta vulnerabilidad. El análisis presentado en la caracterización del problema nos permite definir a la población objetivo como el

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

subgrupo de localidades potenciales que concentran población de niños menores de 5 años, de mujeres en edad fértil así como de población indígena.

Derivado del análisis y el cruce de información de las bases de datos de CONAPO e INEGI⁶⁵, se tiene que de las 88,245 localidades que concentran a la población potencial, por los criterios de confidencialidad de INEGI sólo se tiene información para 14,134 (16%), es decir, para 74,111 localidades no se tiene información porque son localidades de una o dos viviendas. Por lo anterior, sólo pudimos aplicar los criterios de elegibilidad (localidades potenciales con concentración de población de niños menores de 5 años, de mujeres en edad fértil así como de población indígena) a las 14,134 localidades para las que si hay información, se obtiene que de éstas el 96%, es decir, 13,579 localidades cumplen con los criterios mencionado. Sin embargo, por el tamaño (una o dos viviendas) de las 74,111 localidades para las que no se cuenta con información se propone que sean consideradas también como parte de la población objetivo ya que es de esperarse que estas localidades tengan condiciones menos favorables que las de las localidades que caracterizaremos enseguida (las 13,579 localidades con información disponible). Bajo esta consideración el número de localidades donde habita la población objetivo es de 87,690 localidades.

En términos generales podemos decir que del total de las localidades objetivo (13,579) 2,198 (16%) presentan una alta concentración de población de niños menores de cinco años, 2,332 (17%) tiene alta concentración de población femenina de 15 a 49 años y por último 1,189 (8.7%) localidades cuentan con una alta concentración de población indígena⁶⁶.

⁶⁵ Para el cruce de información se utilizaron la base de datos e CONAPO, 2005 de los índices de marginación a nivel localidad y el ITER INEGI, 2005.

⁶⁶ Para determinar estos porcentajes se estimo el porcentaje de cada grupo de población señalado con respecto al total nacional; después se definieron rango a partir de la media, de tal manera que se consideró una concentración alta para la media más una desviación estándar, concentración baja para la media menos una desviación estándar y concentración media para el renglo intermedio restante.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Como se puede observar en el Mapa 2 la distribución de las localidades que concentran a la población objetivo no es homogénea, el 43.84% se localizan en la región Sur, seguida de la región Centro Occidente con 23.96%, la región Norte con el 21.8% y la región Centro con el 10.34%. Siendo los estados de Chiapas (18.96%), Coahuila (12.13%), Oaxaca (9.53%) y Guerrero (4.43%) los estados que más localidades objetivo concentran (45%). (Ver tabla 19)

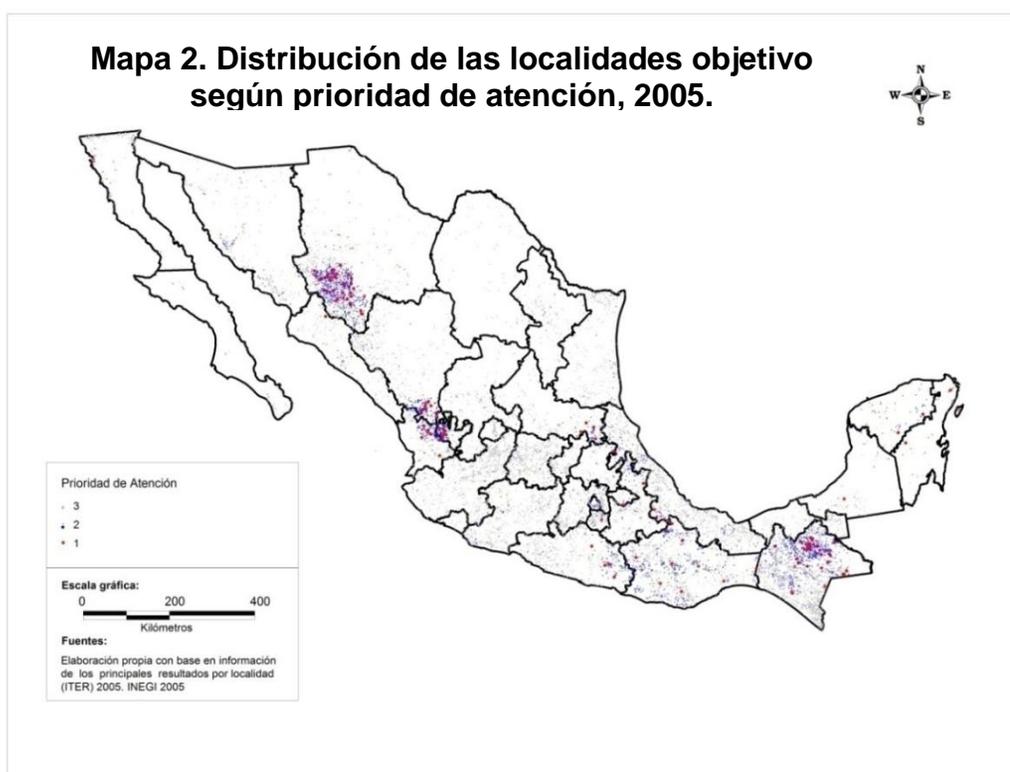


Tabla 20. Localidades objetivo por región y estado. 2005.			
Región	Número de localidades objetivo	% de localidades con respecto a la región	% de localidades con respecto al total objetivo nacional
1. Región Centro			
D.F	339	24.1%	2.50%
Hidalgo	99	7.1%	0.73%
México	324	23.1%	2.39%
Morelos	157	11.2%	1.16%
Puebla	286	20.4%	2.11%
Querétaro	154	11.0%	1.13%

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Tlaxcala	45	3.2%	0.33%
Total de la región	1404	100.0%	10.34%
2. Región Centro Occidente			
Aguascalientes	54	1.7%	0.40%
Colima	25	0.8%	0.18%
Durango	516	15.9%	3.80%
Guanajuato	517	15.9%	3.81%
Jalisco	881	27.1%	6.49%
Michoacán	483	14.8%	3.56%
Nayarit	325	10.0%	2.39%
San Luis Potosí	247	7.6%	1.82%
Zacatecas	206	6.3%	1.52%
Total de la región	3254	100.0%	23.96%
3. Región Norte			
Baja California	221	7.4%	1.63%
Baja California Sur	36	1.2%	0.27%
Coahuila	74	2.5%	0.54%
Chihuahua	1647	55.5%	12.13%
Nuevo León	137	4.6%	1.01%
Sinaloa	174	5.9%	1.28%
Sonora	385	13.0%	2.84%
Tamaulipas	294	9.9%	2.17%
Total de la región	2968	100.0%	21.86%
4. Región Sur-Sureste			
Campeche	102	1.7%	0.75%
Chiapas	2575	43.3%	18.96%
Guerrero	602	10.1%	4.43%
Oaxaca	1294	21.7%	9.53%
Quintana Roo	88	1.5%	0.65%
Tabasco	122	2.0%	0.90%
Veracruz	1095	18.4%	8.06%
Yucatán	75	1.3%	0.55%
Total de la región	5953	100.0%	43.84%
Total nacional	13579		100%
Fuente: Elaboración propia			

3.7 Caracterización de la población objetivo.

En este apartado se presenta la caracterización de la población objetivo a partir de las variables demográficas y económicas más importantes. En un inicio se presentan los datos de población total así como la dinámica población y distribución geográfica. A continuación se incluyen datos de condiciones de vida y bienestar social de la población objetivo; y por último se presenta información de empleo, población económicamente activa y población ocupada, entre otros.

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

3.7.1 Dinámica y estructura poblacional.

De acuerdo con la información existente de las 13,579 localidades, se puede calcular que para el 2005 la población objetivo está conformada por 487,712 personas, lo que representa el punto cuatro por ciento de la población total de México. El 48.43 por ciento de la población objetivo se ubica en la región Sur seguida de la región Centro con el 18.69%, la región Centro con el 17.66% y la región Norte con el 15.22%. Siendo los estados de Chiapas (24.5%), Oaxaca (10.19%), Chihuahua (8.02%), Veracruz (casi 7%) los que concentra a casi el 50 por ciento de la población objetivo (ver tabla 21).

Tabla 21. Población potencial por región y entidad federativa. 2005.						
Región/Estado	2005					
	Población total	Población potencial	% con respecto al estado	% con respecto a la región	% con respecto a la población potencial nacional	% con respecto a la población nacional
1. Región Centro						
D.F	8,720,916	29689	0.34%	34.48%	6.09%	0.029%
Hidalgo	2,345,514	2852	0.12%	3.31%	0.58%	0.003%
México	14,007,495	26915	0.19%	31.25%	5.52%	0.026%
Morelos	1,612,899	7114	0.44%	8.26%	1.46%	0.007%
Puebla	5,383,133	9543	0.18%	11.08%	1.96%	0.009%
Querétaro	1,598,139	8947	0.56%	10.39%	1.83%	0.009%
Tlaxcala	1,068,207	1056	0.10%	1.23%	0.22%	0.001%
Total de la región	34,736,303	86116		100.00%	17.66%	0.083%
2. Región Centro Occidente						
Aguascalientes	1,065,416	1234	0.12%	1.35%	0.25%	0.001%
Colima	567,996	428	0.08%	0.47%	0.09%	0.000%
Durango	1,509,117	12520	0.83%	13.74%	2.57%	0.012%
Guanajuato	4,893,812	19369	0.40%	21.25%	3.97%	0.019%
Jalisco	6,752,113	22601	0.33%	24.80%	4.63%	0.022%
Michoacán	3,966,073	11655	0.29%	12.79%	2.39%	0.011%
Nayarit	949,684	11567	1.22%	12.69%	2.37%	0.011%
San Luis Potosí	2,410,414	6630	0.28%	7.27%	1.36%	0.006%
Zacatecas	1,367,692	5142	0.38%	5.64%	1.05%	0.005%
Total de la región	23,482,317	91146		100.00%	18.69%	0.088%
3. Región Norte						
Baja California	2,844,469	8959	0.31%	12.07%	1.84%	0.009%
Baja California Sur	512,170	1381	0.27%	1.86%	0.28%	0.001%
Coahuila	2,495,200	1175	0.05%	1.58%	0.24%	0.001%
Chihuahua	3,241,444	39101	1.21%	52.67%	8.02%	0.038%

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

Nuevo León	4,199,292	3109	0.07%	4.19%	0.64%	0.003%
Sinaloa	2,608,442	6178	0.24%	8.32%	1.27%	0.006%
Sonora	2,394,861	8629	0.36%	11.62%	1.77%	0.008%
Tamaulipas	3,024,238	5708	0.19%	7.69%	1.17%	0.006%
Total de la región	21,320,116	74240		100.00%	15.22%	0.072%
4. Región Sur-Sureste						
Campeche	754,730	4740	0.63%	2.01%	0.97%	0.005%
Chiapas	4,293,459	119489	2.78%	50.59%	24.50%	0.116%
Guerrero	3,115,202	17453	0.56%	7.39%	3.58%	0.017%
Oaxaca	3,506,821	49699	1.42%	21.04%	10.19%	0.048%
Quintana Roo	1,135,309	4388	0.39%	1.86%	0.90%	0.004%
Tabasco	1,989,969	5335	0.27%	2.26%	1.09%	0.005%
Veracruz	7,110,214	33363	0.47%	14.12%	6.84%	0.032%
Yucatán	1,818,948	1743	0.10%	0.74%	0.36%	0.002%
Total de la región	23,724,652	236210		100.00%	48.43%	0.229%
Total nacional	103,263,388	487712			100.00%	0.47%

Fuente: Elaboración propia con base en información de los Principales Resultados por Localidad (ITER) INEGI. 2005

Los datos censales muestran que el grupo de población objetivo ha venido creciendo, en términos absolutos la población objetivo pasó de 194,810 personas en 1995 a 299,283 en el 2000, hasta llegar a 487,712 en el 2005 (ver tabla 22). Lo anterior represento una tasa de crecimiento anual de 1995 a 2000 del 8.96% y de 2000 al 2005 de 10.27%, esto representa un crecimiento acelerado de este conjunto de población, pasando de representar el 0.21% de la población nacional en 1995 al 0.47% en el 2005 (ver tabla 23).

Tabla 22. Población objetivo y potencial 1995, 2000 y 2005.			
	1995	2000	2005
Nacional	91,158,290	97,483,412	103,263,388
Población objetivo	194,810	299,183	487,712
Población potencial	433,992	905,545	900,134

Fuente: Elaboración propia con base en información de los Principales resultados por Localidad (ITER) 1995, 2000 y 2005. INEGI

Tabla 23. Porcentaje de la población objetivo con respecto al total nacional. 1995-2005.		
Año	Población objetivo nacional	% con respecto al total nacional

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

1995	194,810	0.21%
2000	299,183	0.31%
2005	487,712	0.47%
Fuente: Elaboración propia con base en información de los Principales resultados por Localidad (ITER) 1995, 2000 y 2005. INEGI		

La estructura de la población objetivo nos muestra que para el 2005 de las 487,712 personas que conformaban este conjunto de población el 49% eran mujeres y el restante 51% eran hombres. A su vez el 13.2% eran niños menores de 5 años, 23% mujeres en edad reproductiva y el 24% era población indígena.

Tabla 24. Estructura de la población objetivo 1995-2005.											
Año	Total	Sexo				Población de 0 a 4 años	% con respecto al total	Mujeres en edad reproductiva (15_49 años)	% con respecto al total	Población indígena	% con respecto al total
		Hombres	%	Mujeres	%						
1995	194,810	100,747	52%	94,063	48%	28,921	14.8%	ND	ND	35,392	18.2%
2000	299,183	138,227	46%	131,433	44%	37,336	12.5%	59,026	20%	54,296	18.1%
2005	487,712	248,694	51%	239,018	49%	64,143	13.2%	113,349	23%	117,704	24.1%
Fuente: Elaboración propia con base en información de los Principales resultados por localidad (ITER) 1995, 2000 y 2005. INEGI. *Nota: La población de 0 a 4 años es una estimación del porcentaje promedio de niños en ese grupo											

3.7.2 Condiciones de vida y bienestar social.

La población objetivo está caracterizada por su bajo nivel educativo, para el 2005 el 27% de esta población era analfabeta, 24.89 por ciento no contaba con educación básica completa y el promedio de escolaridad era de 3.9 años. Mientras que a escala nacional la población analfabetas apenas alcanzan el 11.7% y la población sin educación básica completa llega al 36.8 por cientos, mientras que el grado promedio de escolaridad nacional es de 8 años, es decir, casi el doble que el de la población objetivo (ver tabla 25).

Tabla 25. Población analfabeta, sin educación básica completa y grado promedio de escolaridad. 1995-2005.							
Año	Población mayor a 15 años	Población analfabeta	% de analfabetas	Población sin educación básica completa	% con respecto a la población mayor de 15 años	Grado promedio de escolaridad	

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

	1995	ND	33,247	ND	ND	ND	ND
Población objetivo	2000	150,196	3,335	2.2%	12,869	8.57%	3.43
	2005	289,140	78,187	27.0%	71,975	24.89%	3.95
Total Nacional	1995	58,681,726	6,222,813	10.6%	ND	ND	ND
	2000	62,842,638	5,942,091	9.5%	11,603,530	18.46%	7.35
	2005	68,802,564	8,024,855	11.7%	25,358,083	36.86%	8.07

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por Localidad (ITER)* 1995, 2000 y 2005. INEGI *Nota: Para estimar la población sin educación básica completa del 2000 se considero la población con educación secundaria incompleta

Asimismo, sus condiciones de vida son malas. Del total de la población objetivo del 2005 el 80.46% no tienen derechohabencia, porcentaje menor al 49.78% a nivel nacional. (Ver tabla 26)

Tabla 26. Población potencial con derechohabencia a servicios de salud. 2000-2005.

	Año	Población total	Población con derechohabencia	% con respecto a la población total	Población sin derechohabencia	% con respecto a la población total
Población objetivo	2000	299,183	37,176	12.43%	218,502	73.03%
	2005	487,712	84,677	17.36%	392,432	80.46%
Total Nacional	2000	97,483,412	39,120,682	40.13%	55,555,788	56.99%
	2005	103,263,388	48,452,418	46.92%	51,402,597	49.78%

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por localidad (ITER)* 1995, 2000 y 2005. INEGI.

De las 104,816 viviendas ubicadas en las localidades que concentran a la población objetivo el cerca del 75% por ciento no cuenta con servicios de agua entubada, un poco más del 60% por ciento no cuenta con servicio de drenaje y el 62 por ciento no cuenta con energía eléctrica (ver tabla 27). Lo anterior implica que el porcentaje de viviendas de las localidades objetivo que no tienen servicios de agua, drenaje y de energía eléctrica son más del doble que el porcentaje nacional.

Tabla 27. Población con servicios de agua entubada, drenaje y energía eléctrica en la vivienda. 2005-2005.

	Año	Total de viviendas	Viviendas con servicio de agua entubada	Porcentaje con respecto al total	Viviendas con servicio de drenaje	Porcentaje con respecto al total	Viviendas con servicio de energía eléctrica	Porcentaje con respecto al total
Población objetivo	1995	38,184	11,964	31.33%	7,840	20.53%	17,143	44.90%
	2000	59,876	17,523	29.27%	11,801	19.71%	28,135	46.99%
	2005	104,816	26,693	25.47%	40,325	38.47%	65,343	62.34%

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

	1995	19,412,123	16,576,470	85.39%	14,471,206	74.55%	18,054,384	93.01%
	2000	21,954,733	18,139,843	82.62%	16,800,934	76.53%	20,445,525	93.13%
Total Nacional	2005	24,719,029	21,086,978	85.31%	20,825,049	84.25%	23,194,511	93.83%

Fuente: Elaboración propia con base en información de los *Principales resultados por localidad (ITER)* 1995, 2000 y 2005. INEGI.

De acuerdo con el promedio de habitantes por vivienda del 2005 podemos calcular que en estas localidades más de 350 mil personas viven en viviendas sin agua entubada, y más de 290 mil y 339 mil viven en viviendas sin drenaje y sin luz eléctrica respectivamente.

Un dato importante que puede dar cuenta del logro de bienestar social es el nivel de ingreso de la población objetivo. La tabla 28 muestra que el nivel de ingreso de la población ocupada del conjunto de la población objetivo es muy bajo. Para el 2000 se calcula que en promedio casi el 29 por ciento de la población ocupada (que trabaja) y vive en estas localidades no recibía ingresos y poco más del 50 por ciento recibía menos de dos salario mínimo. Mientras que a escala nacional solo el 8.35% de la población ocupada no recibe ingresos, casi 21 puntos porcentuales menos que el de la población objetivo. Asimismo, se observa que un poco más del 2 por ciento de la PO a escala nacional vive en estas localidades.

	Población objetivo	% con respecto a la población objetivo	Nacional	% con respecto a la población nacional
Población ocupada	77323		33730210	
Población ocupada que no recibe ingresos	22483	29.08%	2817566	8.35%
Población ocupada que recibe menos de un salario mínimo mensual de ingreso por trabajo	16845	21.79%	4154778	12.32%
Población ocupada que recibe 1 y hasta 2 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	23196	30.00%	10228834	30.33%
Población ocupada con más de 2 y hasta 5 salarios mínimos mensuales de ingreso	10092	13.05%	10694533	31.71%

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

por trabajo				
Población ocupada que recibe más de 5 y hasta 10 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	824	1.07%	2701452	8.01%
Población ocupada con más de 10 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	364	0.47%	1297376	3.85%
Fuente: Elaboración propia con base en información de los <i>Principales Resultados por Localidad (ITER) 2000</i> . INEGI				

3.7.3 Dinámica económica.

La dinámica económica, incluye un acercamiento para conocer la capacidad de trabajo con que se cuenta en las localidades donde se concentra la población objetivo, dicha dinámica se caracteriza a partir de variables importantes para el efecto como lo son la PEA (Población Económicamente Activa), los sectores económicos con mayor potencial (especialización productiva) y el empleo.

La distribución de la PEA de las localidades por sector de actividad económica nos muestra la estructura económica de las localidades analizadas, como se puede observar en la tabla 29 en las localidades donde se reúne la población objetivo la PEA para el 2000 se concentra en el sector primario (67%), seguido por el sector secundario (14.6%) y el sector terciario (15.8%)

Tabla 29. Población económicamente activa (PEA) por sectores económicos, 2000.							
	PEA	Sector primario	%	Sector Secundario	%	Sector Terciario	%
Población objetivo	77,937	52,183	67.0%	11,350	14.6%	12,316	15.8%
Nacional	34,154,854	5,338,299	15.6%	9,384,109	27.5%	17,995,223	52.7%
Fuente: Elaboración propia con base en información de <i>Principales resultados por Localidad (ITER) 2000</i> . INEGI							

A falta de datos precisos y más confiables, un acercamiento muy grueso al dato de empleo en las localidades nos lo da el tamaño de la PO (Población Ocupada), es decir, la población que trabaja. Con este dato podemos calcular que

DIAGNÓSTICO DEL PROGRAMA DE APOYO ALIMENTARIO A CARGO DE DICONSA S.A. DE C.V.

cerca de 614 personas que son parte de la PEA y que viven en estas localidades están desocupadas o no trabajan, el aparentemente bajo nivel de desempleo se puede explicar para el caso de localidades altamente marginadas y con una alta participación de la PEA en el sector primario y la condición de autoempleo que supone una actividad agrícola poco competitiva y de posible autoconsumo. Más aún si a estas 614 personas desocupadas le sumamos las 22483 personas que trabajan y no reciben ingresos, podemos acercarnos a un entendimiento más claro de las condiciones reales que se caracteriza por una cantidad de personas que no tienen ingresos monetarios.

Una medida de especialización importante es la proporción de PO por tipo de actividad económica en la región con relación al país (índice de especialización productiva). A partir de esta medida y como se presenta en la tabla 30 podemos decir que las localidades donde se concentra la población potencial tienen una actividad productiva no diversificada centrada en las actividades del sector primario.

Tabla 30. Población ocupada por sectores económicos, 2000.							
	Población ocupada	Sector primario	Índice de especialización	Sector Secundario	Índice de especialización	Sector Terciario	Índice de especialización
Población objetivo	77,323	52,183	4.26	11,350	0.53	12,316	0.30
Nacional	33,730,210	5,338,299		9,384,109		17,995,223	
Fuente: Elaboración propia con base en información de <i>Principales resultados por Localidad (ITER) 2000</i> . INEGI							