



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Maceira, Daniel; Stechina, Mariana
Intervenciones de política alimentaria en 25 años de democracia en Argentina
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 37, núm. 1, 2011, pp. 44-60
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21417788006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INVESTIGACIÓN**Intervenciones de política alimentaria en 25 años de democracia en Argentina****Food policy interventions during 25 years of democracy in Argentina****Daniel Maceira,^I Mariana Stechina^{II}**

^ILicenciado en Economía. Doctor en Ciencias Económicas. Investigador Titular. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

^{II}Licenciada en Sociología. Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción De acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud en Argentina, el bajo peso y la desnutrición crónica (talla/edad) son las deficiencias nutricionales más significativas a nivel nacional. Además, la obesidad se presenta como un problema en ascenso que afecta en forma desigual a las regiones argentinas, y la anemia en menores de 2 años se encuentra todavía lejos de ser controlada.

Objetivo Analizar la evolución de la estrategia pública en el diseño e implementación de los programas orientados a mejorar la situación nutricional de la población.

Métodos Se realizó un repaso de los programas alimentarios nacionales implementados en las últimas dos décadas en la Argentina, analizando la focalización geográfica y poblacional, las prestaciones ofrecidas y la modalidad organizativa.

Resultados Luego de 25 años de intervenciones en materia alimentaria, las deficiencias nutricionales son aún un problema a resolver. Uno de los desafíos más importantes fue identificar los mecanismos eficaces que permitan transferir capacidades a los beneficiarios más allá de la duración de los programas.

Conclusiones La alimentación debe ser considerada por los tomadores de decisiones como uno de los principales indicadores sanitarios. Por ello, es importante fortalecer la presencia del área de Salud Pública en las intervenciones

de política alimentaria para que ellas se orienten a evitar el deterioro de la salud y mejorar la calidad de vida de la población.

Palabras clave: Salud, nutrición, programas alimentarios, Argentina.

ABSTRACT

Introduction According to the last Argentinean National Survey of Nutrition and Health (2005) held by the Health Ministry, low weight and chronic undernourishment are the most important nutritional problems in the country. Besides, obesity emerges as a growing problem affecting the Argentinian regions whereas, anemia (iron deficit) in under 2-years-old children is still far from being considered under control.

Objective To analyze the evolution of the public strategy for the design and implementation of nutritional programs aimed at improving the nutritional condition of population in Argentina.

Methods The national nutritional programs implemented in the last two decades were reviewed, followed by the analysis of the geographic and population focalization, the goods and services offered, and organization modality.

Results After 25 years of food interventions, the nutritional deficiencies are yet to be solved. One of the main challenges was to identify the effective mechanisms that allowed transferring capacities to the beneficiaries, regardless of the duration of the programs.

Conclusions Feeding should be taken into account by the decision makers as one of the main health indicators. Therefore, it is important to strengthen the involvement of the public health area in the food policy interventions, so that these can be directed toward preventing health deterioration and improving the quality of life of the population.

Key words: Health, nutrition, nutritional programs, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, establece 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."

En Argentina existe la capacidad para producir alimentos para 300 millones de personas. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) afirma que la producción alimenticia excedente supera mundialmente el 33 % de las necesidades reales. Según datos de esta organización, las personas subnutridas en Argentina en el año 2002 eran 600 mil, lo que llevó a definir a este problema como "la insuficiencia aguda y permanente de alimentos para satisfacer las necesidades energéticas mínimas de la población."¹ El estado de subnutrición es una puerta de entrada a enfermedades y estados más graves de desnutrición, debe ser atendido a tiempo. Su manifestación más grave es

la desnutrición y, se puede presentar como desnutrición aguda (bajo peso para la talla) o como desnutrición crónica (baja talla para la edad).

Los resultados de la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud argentino demuestran, una vez más, que las inequidades en materia sanitaria continúan perpetuándose entre las provincias.²

Las regiones en las que se concentran las mayores proporciones de niños con desnutrición crónica y bajo peso son el Noreste y Noroeste argentinos. Estas mismas regiones también cuentan con los mayores índices de mortalidad infantil, mortalidad de niños de uno a cuatro años, mortalidad materna, población con necesidades básicas insatisfechas y población sin cobertura formal de salud.

Además, la obesidad se presenta como un problema en ascenso en el país. En los sectores de menores recursos, este flagelo está relacionado con la monotonía en la alimentación y una composición inadecuada de la dieta.

La anemia emerge como un problema nutricional que adquiere mayores proporciones en la población infantil (en especial, niños menores de dos años) y en las mujeres embarazadas. En este caso, también la inequidad interprovincial se hace presente, las regiones del Noreste y Noroeste argentinos son las más afectadas.

La política alimentaria constituye un eje fundamental para el análisis de la situación nutricional de la población, ya que muchas veces los alimentos distribuidos desde el Estado son el componente fundamental de la alimentación de quienes se constituyen como población beneficiaria.

A partir de este diagnóstico nutricional, se realizan acciones que permiten, con el aporte además de referentes del sector, evaluar las políticas nutricionales implementadas en el país.

MÉTODOS

El trabajo incluye una revisión bibliográfica sobre estudios existentes que abordan el problema de los programas alimentarios nacionales implementados en las últimas dos décadas en la Argentina. Asimismo, se revelan los documentos oficiales que describen los programas que se han implementado en el país en el período seleccionado.

A partir de la información encontrada, se analizan distintas variables, tales como los criterios de definición de los beneficiarios, las modalidades de prestación, las provincias o ciudades donde se aplicaron las políticas y, finalmente, las características organizativas de la aplicación de los programas.

RESULTADOS

Análisis comparado de los programas alimentarios nacionales

¿Quiénes son los beneficiarios?

Durante los últimos 25 años, desde la restauración de la democracia, todas las provincias tuvieron acceso a la mayoría de los programas alimentarios nacionales (anexo) y la consiguiente disposición de herramientas para mejorar el estado nutricional de su población.

Como se observa en la tabla 1, el Programa Alimentario Nacional (PAN), ProHuerta, Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA), Programa UNIDOS, Programa de Emergencia Alimentaria (PEA) y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA), han tenido presencia en todas las provincias. En cambio, el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) se implementó solo en 14 (aunque el otorgamiento de medicamentos se extendió a todo el país), el Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) estuvo presente en todas las provincias excepto Buenos Aires y en 15, el Fondo Participativo de Inversión social (FOPAR).

Tabla 1. Focalización geográfica de los programas alimentarios

	PAN	PROMIN	Pro-Huerta	ASOMA	PRANI	FOPAR	UNIDOS	PEA	PNSA
Buenos Aires	✓	✓	✓	✓	✗	Mar del Plata y La Plata	✓	✓	✓
Catamarca	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Chaco	✓	✓	✓	✓	✓	Resistencia	✓	✓	✓
Chubut	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Ciudad de Buenos Aires	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Córdoba	✓	✓	✓	✓	✓	Córdoba	✓	✓	✓
Corrientes	✓	✓	✓	✓	✓	Corrientes	✓	✓	✓
Entre Ríos	✓	✓	✓	✓	✓	Concordia	✓	✓	✓
Formosa	✓	✓	✓	✓	✓	Formosa	✓	✓	✓
Jujuy	✓	✓	✓	✓	✓	San Salvador de Jujuy	✓	✓	✓
La Pampa	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
La Rioja	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Mendoza	✓	✓	✓	✓	✓	Mendoza	✓	✓	✓
Misiones	✓	✓	✓	✓	✓	Posadas	✓	✓	✓
Neuquén	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Río Negro	✓	✓	✓	✓	✓	Bariloche	✓	✓	✓
Salta	✓	✗	✓	✓	✓	Salta	✓	✓	✓
San Juan	✓	✗	✓	✓	✓	San Juan	✓	✓	✓
San Luis	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Santa Cruz	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Santa Fé	✓	✓	✓	✓	✓	Rosario y Santa Fé	✓	✓	✓
Santiago del Estero	✓	✗	✓	✓	✓	Santiago del Estero	✓	✓	✓
Tierra del Fuego	✓	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Tucumán	✓	✓	✓	✓	✓	San Miguel de Tucumán	✓	✓	✓

Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en base a bibliografía citada. Principalmente, CESNI (2003) y CEPAL (2004).

La focalización por grupos de edades de la población beneficiaria en cada uno de los programas alimentarios nacionales no presentó grandes modificaciones (tabla 2). En general, los programas apuntan a la población infantil, a las mujeres embarazadas y en edad fértil y a los ancianos. Se basaron en la edad como criterio de acceso principalmente el PROMIN (niños menores de 6 años y mujeres en edad fértil), el PRANI (niños de 2 a 14 años) y el ASOMA (ancianos).

Tabla 2. Focalización poblacional de los programas alimentarios

		PAN	PROMIN	PRO-HUERTA	ASOMA	PRANI	FOPAR	UNIDOS	PEA	PNSA
Población objetivo	Niños	✓	Menores de 6 años	✓	✗	De 2 a 14 años	De 6 a 18 años	Menores de 14 años	Menores de 18 años	Menores de 14 años Prioridad: hasta 5 años
	Mujeres	✓	En edad fértil	✓	✗	✗	Embarazadas o con hijos lactantes	✗	Embarazadas	Prioridad: embarazadas
	Andinos	✓	✗	✓	Mayores de 60 años	✗	Abandonados o discapacitados	Mayores de 60 años	Sin jubilación ni pensión	Mayores de 70 años
	Condición	Áreas socialmente carenciadas (Censo Nacional de Población, 1980)	Ciudades con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	Población con NBI y bajo la Línea de Pobreza	Sin cobertura social y con ingresos menores a la jubilación mínima	Con NBI En zonas rurales y urbanas con al menos el 30 % de población con NBI	A través de Organizaciones de la Sociedad Civil que tengan al menos 2 años de experiencia en gestión de comedores y/u otros servicios comunitarios	Jefes y jefas de hogar con primaria incompleta y con una tasa de dependencia mayor a 3 personas	Familias en situación de pobreza (con alto NBI, debajo de la Línea de Pobreza o de Indigencia y discapacitados)	Bajo la Línea de Pobreza y/o discapacitados

Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en base a bibliografía citada. Principalmente, CESNI (2003) y CEPAL (2004).

El PAN, el ProHuerta y el FOPAR no establecieron como condición excluyente la edad pero mantuvieron como criterio (presente también en los otros programas) la incorporación de la población en situación de vulnerabilidad social (ya sea con necesidades básicas insatisfechas, sin cobertura, bajo la línea de pobreza, bajo nivel de instrucción del jefe de hogar, tasa de dependencia o discapacidad).

Por su parte, el FOPAR se aplicó solo a organizaciones de la sociedad civil con una experiencia no menor a dos años en gestión de comedores u otros servicios comunitarios.

En este contexto de diversificación de criterios, la ausencia de estrategias claras respecto a la definición de los beneficiarios de las prestaciones puede provocar la exclusión de un amplio sector de la población en los programas alimentarios.³

En los últimos años se registró un intento, por parte de los programas implementados (partiendo del UNIDOS que unifica el PRANI y el ASOMA y llegando al actual PNSA), de unificar a la población que había sido beneficiaria de programas anteriores, poniendo el acento en los niños, las embarazadas y los ancianos. Asimismo, se planteó como objetivo elaborar una base única de beneficiarios.

¿Cuáles son las modalidades de prestación?

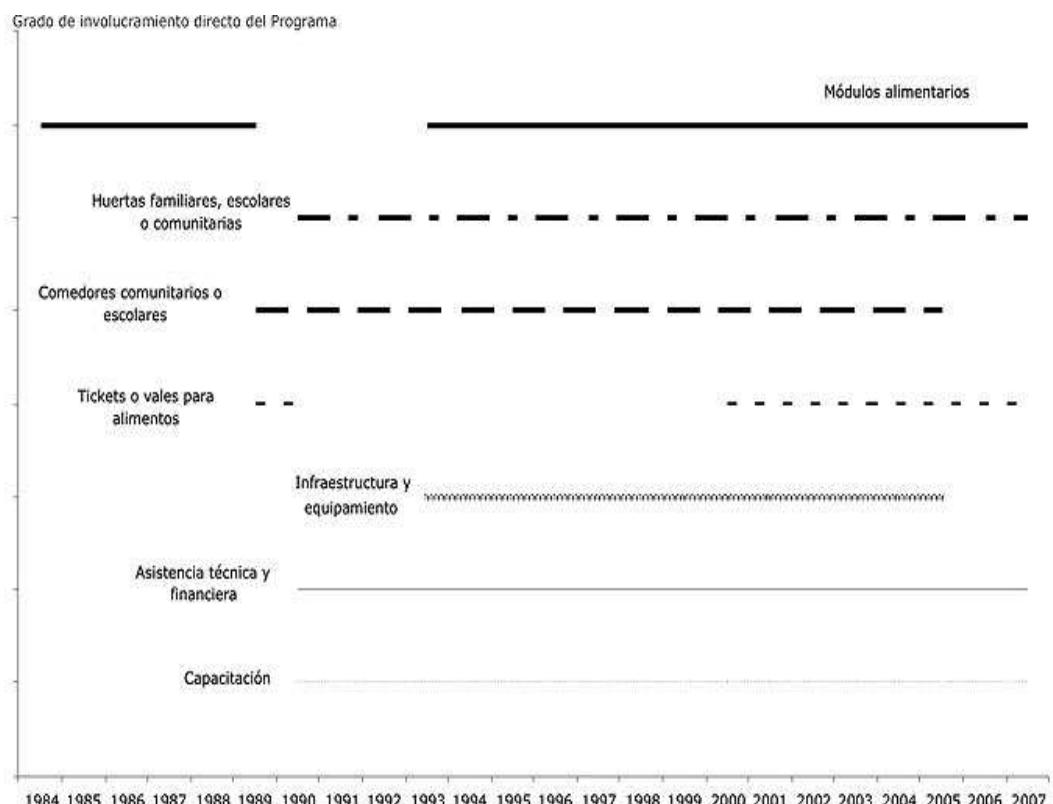
En relación con el tipo de prestaciones de los programas, sucede que la mayoría se orientó a distribuir módulos de alimentos y solo dos de ellos adoptaron la modalidad de tickets o vales de alimentos (tabla 3). Cuatro de ellos mantuvieron una política de apoyo a los comedores comunitarios y escolares. El ProHuerta desarrolló la capacidad de generar huertas para diversificar de esa manera la alimentación y desarrollar en la población un papel activo en la producción de alimentos. Sobre el total, 67 % tuvo un componente de inversión en infraestructura y equipamiento, 56 % proveyó de asistencia técnica y financiera y una misma proporción estimuló las actividades de capacitación.

Tabla 3. Focalización prestaciones de los programas alimentarios

Prestaciones	PAN	PROMIN	PRO-HUERTA	ASOMA	PRANI	FOPAR	UNIDOS	PEA	PNSA
Módulos de alimentos	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓
Tickets o vales para alimentos	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓
Comeaderos comunitarios y/o escolares	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓
Huertas familiares, comunitarias y/o escolares	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Infraestructura y equipamiento	✗	Ampliación refacción y equipamiento en áreas obstétricas y neonatológicas de hospitales, centros de salud, laboratorios y comedores infantiles, guarderías y jardines de infantes (CDI). Provisión de insumos para programas de salud reproductiva y medicamentos.	Insumentos biológicos como semillas, pollos y conejos, y abono. Herramientas para construir huertas orgánicas.	Controles clínicos, Dotación de medicamentos ambulatorios. Elaboración de normas de acreditación y categorización de establecimientos para la tercera edad.	Infraestructura y equipamiento. Construcción de centros de cuidado infantil (CCI) en comedores infantiles.	Reaparición y/o adecuación de la infraestructura existente. Equipamiento básico	✗	✗	✓
Asistencia técnica y financiera	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗
Capacitación	✗	Capacitación y comunicación social en hospitales	Capacitación y supervisión de huertas	Talleres de Educación Alimentaria	Capacitación y actividades de apoyo al desarrollo infantil	✗	✗	✗	Educación alimentaria nutricional y desarrollo infantil

Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en base a bibliografía citada. Principalmente, CESNI (2003) y CEPAL.

Como se observa en la figura 1, la prestación más estable han sido los comedores. Desde la perspectiva del financiamiento, esta modalidad tuvo a lo largo de la historia numerosos problemas para su implementación y continuidad. Además, muchos comedores carecían de controles bromatológicos, brindaban alimentos con un valor nutricional insuficiente y no lograban articular las acciones con los centros de atención primaria de la salud.



Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en la base a la bibliografía citada, principalmente CESNI (2003) y CEPAL (2004).

Fig. 1. Tipo de prestaciones de los programas alimentarios argentinos, según el grado de involucramiento directo del Programa (1984-2007).

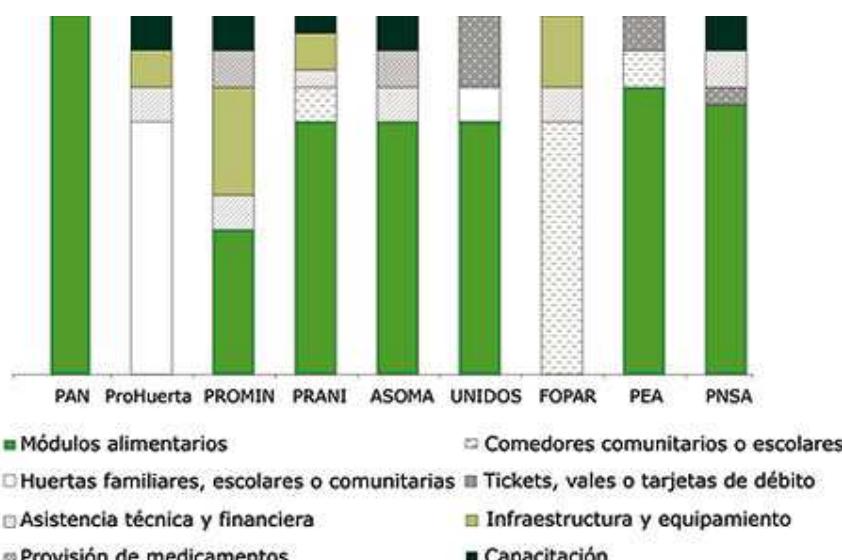
Los comedores infantiles, a partir de mediados de los 90, "extendieron continuamente su cobertura a otros beneficiarios, con un presupuesto limitado e irregular. Este público creciente obligaba, en la mayoría de los casos, a una dilución de la dieta para satisfacer la demanda."¹³ Incluso, "las prestaciones alimentarias de estos comedores, además de caracterizarse por una baja calidad calórico-nutricional, se veían frecuentemente suspendidas por falta de fondos", los cuales "eran desviados para atender otras obligaciones que presionaban a los gobiernos provinciales."¹³

La autoproducción de alimentos, basada en la agricultura orgánica, favorece la incorporación de alimentos frescos e intenta fomentar también la diversificación de la dieta, es una modalidad que se ha sostenido desde 1990 hasta la actualidad. Fue implementada inicialmente por el ProHuerta y absorbida, luego, por el Programa UNIDOS, el PEA y el actual PNSA que se han propuesto unificar los programas alimentarios vigentes.

Se registraron algunas interrupciones principalmente en los aportes directos alimentarios: los módulos de alimentos. La entrega de cajas de alimentos se inició con el PAN y se descontinuó luego de la crisis inflacionaria de fines de los 80. En el 1993, el PROMIN retomó esta modalidad perpetuándose hasta la actualidad. Excepto el FOPAR y el ProHuerta, todos los programas alimentarios estudiados le asignaron a la distribución de módulos alimentarios la mayor proporción del presupuesto.

Por su parte, los vales y tickets, que son una modalidad complementaria y relativamente nueva, suelen tener una cobertura menor a la de los módulos alimentarios y permite a los beneficiarios adquirir los alimentos en comercios pre establecidos. Este tipo de prestación pone en agenda la educación alimentaria para fortalecer en la población una cultura nutricional saludable.

En la actualidad, se ha comenzado a recurrir a la modalidad de las tarjetas de débito. Estas reemplazan, a veces, los bolsones de alimentos, lo que permite a las familias adquirir los productos en forma autónoma, mediante un aporte mensual depositado en la cuenta del beneficiario. La figura 2 muestra los distintos tipos de prestaciones que se han implementado por programa.



Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en base a bibliografía citada, principalmente CESNI (2003) y CEPAL (2004).

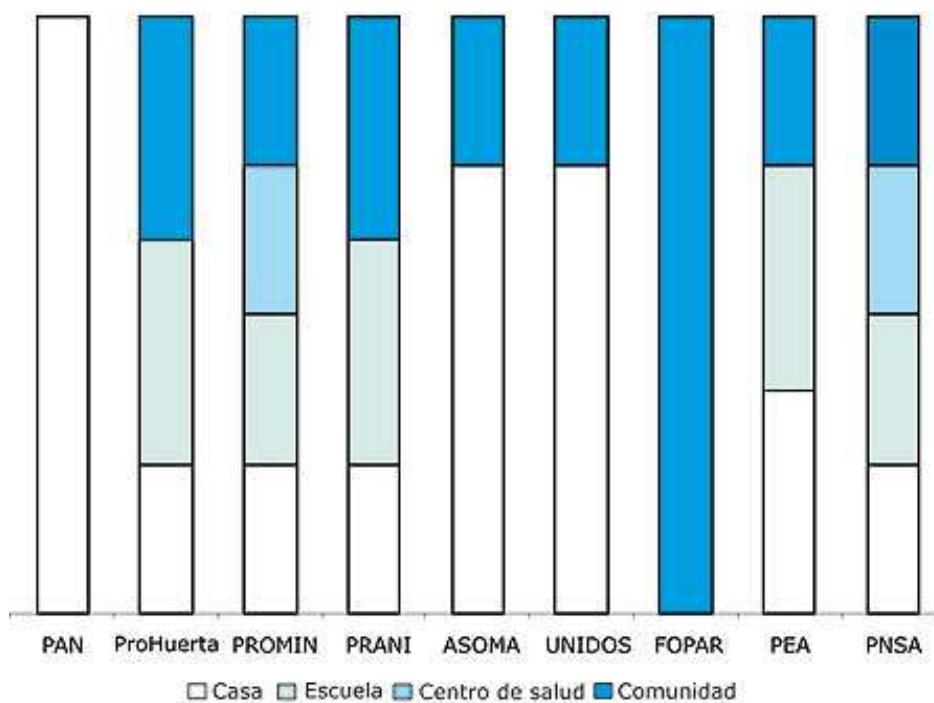
Fig. 2. Composición de los programas según prestación ofrecida.

¿Dónde se aplican finalmente los programas?

De acuerdo al tipo de prestación, hemos clasificado a los programas en función de los espacios contemplados para su aplicación: la casa del beneficiario, la comunidad y la institución tanto sanitaria como escolar.

Los programas alimentarios han sido aplicados fundamentalmente en la comunidad (38 %) y en la casa del beneficiario (38 %).

Ejemplos del primer caso son los comedores comunitarios del FOPAR. El segundo caso se define por la entrega de módulos alimentarios, por ejemplo, del PAN o del PEA donde el programa se limita a distribuir los alimentos asumiendo que el consumo se desarrollará en el domicilio de los beneficiarios. En menor medida, estos programas se pueden ejecutar en la escuela (14 %), como en el caso de las huertas escolares del ProHuerta, y en los Centros de Salud (10 %), por ejemplo, los centros de desarrollo infantil del PROMIN. La figura 3 describe esta clasificación por programa.



Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en base a bibliografía citada, principalmente CESNI (2003) y CEPAL (2004).

Fig. 3. Lugar de prestación por programa.

¿Cómo se ejecutan los programas?

El proceso de descentralización de la ejecución de los programas se ha incrementado especialmente a partir del período 1998-2005. Si bien la compra y distribución de los alimentos y demás prestaciones se descentralizó en forma creciente a lo largo del período, en la actualidad siguen coexistiendo ambas modalidades: el envío de módulos alimentarios en forma centralizada a las provincias y la transferencia monetaria para la compra directa en cada jurisdicción.

En relación con la asignación del presupuesto, como demuestra la tabla 4, más allá de las cantidades estipuladas a cada programa a lo largo de estos años, se observa que la problemática alimentaria, salvo algunas experiencias en la década del noventa, se ha venido erigiendo como una política de estado. Esto implica que los programas alimentarios han dependido, en gran medida, de la asignación prevista en el presupuesto nacional, lo cual no solo es simbólicamente relevante sino que implica, además, cierta continuidad en la aplicación de esta política nutricional, sin depender de préstamos internacionales.

Tabla 4. Información organizacional de los programas alimentarios

		PAN	PROMIN	Pro-Huerta	ASOMA	PRANI	FOPAR	UNIDOS	PEA	PNSA
Institución responsable		Ministerio de Salud y Acción Social	Ministerio de Salud Acción Social	Secretaría de Desarrollo Social INTA	Secretaría de Desarrollo Social	Secretaría de Desarrollo Social	Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente	Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente INTA	Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente	Ministerio de Desarrollo Social Ministerio de Salud
Financiador		Presupuesto Nacional	Banco Mundial	Presupuesto Nacional	Presupuesto Nacional	Presupuesto Nacional	Banco Mundial y contraparte nacional	Presupuesto Nacional	Presupuesto Nacional	Presupuesto Nacional
Financiación		1984: 2 700 millones australes	1993: 150 millones de dólares 1997: 100 millones de dólares	1998: 12,5 millones de pesos 2008: 23 millones de pesos	1998: 21 millones de pesos	1996: 24,4 millones pesos	1999: 30,5 millones de pesos	132,9 millones de dólares	44 millones de pesos	2002: 351 millones de pesos 2003: 393 millones de pesos
Período		1984-1989	1993-2005	1990-actualidad	1994-2000	1996-2000	1998-2005	2001	2001-2003	2003-actualidad
Grado de descentralización	Alta							✓	✓	✓
	Media		✓	✓	✓	✓				
	Baja	✓								
Participación	Comunidad		✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	Escuelas		✓	✓		✓		✓		
	CAPS		✓		✓			✓		
Contraprestación		Tener superficie para una huerta. Asistir a la capacitación				Ser una ONG Presentar un proyecto		Control de salud. Vacunación. Asistencia escolar.		

Fuente: Elaboración propia de CIPPEC en base a bibliografía citada. Principalmente, CESNI (2003) y CEPAL (2004).

Otro dato a tener en cuenta es que solo tres de los nueve programas analizados han sido desarrollados desde el ámbito sanitario nacional: el PROMIN, el PAN y el PNSA. La mayoría de ellos fueron implementados desde el Ministerio o Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. Esto da cuenta de la dificultad que existe para abordar el problema alimentario desde un enfoque sanitario.

DISCUSIÓN

En un informe del Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil (CESNI, 2003), especialistas en el tema evalúan que para que un programa alimentario sea exitoso, es decir, que exprese resultados positivos en la salud, alimentación y nutrición de su población objetivo, debe partir de un diagnóstico de los problemas nutricionales de dicha población. "También es importante que los alimentos formen parte de la cultura alimentaria y no presenten complejidad en su utilización, se entreguen de manera sistemática, sin interrupciones, acompañado de un componente de educación alimentaria y que el programa en su conjunto tenga un mecanismo operativo, ágil y eficiente."⁴

Desarrollar un programa alimentario implica identificar mecanismos para alinear diversos intereses. Este proceso involucra una multiplicidad de actores, ya sea

nacionales, provinciales y municipales, organizaciones de la sociedad civil, escuelas, centros de atención primaria de salud o centros de desarrollo infantil, entre otros.

Todo esto genera un proceso de interrelación entre agentes con distintas capacidades de gestión y diferentes agendas de políticas, que influyen en la efectiva ejecución del programa.

El análisis de la política alimentaria desarrollada por la Argentina en los últimos 25 años a través de los programas nacionales, sus financiadores y unidades ejecutoras, permite algunas reflexiones acerca de su desempeño.

Salvo algunas excepciones, los programas alimentarios nacionales han sido aplicados en todas las provincias argentinas. Esto da cuenta de la amplia cobertura que asumen.

La etapa de creciente descentralización y focalización de la política social, iniciada en los 90, fue erosionando sistemáticamente la universalidad que había caracterizado, por ejemplo, al programa de comedores escolares y al Programa Materno Infantil.

En el período analizado, las necesidades básicas insatisfechas de la población han sido, en términos generales, el principal criterio de selección de los beneficiarios. Algunos mantuvieron como criterio de inclusión la organización de la sociedad civil en relación con la comunidad.

A partir del año 2001, los programas alimentarios han intentado unificar la población beneficiaria, manteniendo como prioridad a los niños, a las mujeres y a los ancianos.

El tipo de prestación ha sido básicamente el módulo alimentario complementado, a partir de los últimos años, con los tickets o vales. El contenido, la frecuencia en la entrega y el valor nutricional de los componentes de los módulos no han sido, en general, eficientes y adecuados. El apoyo a los comedores (con el PRANI y el FOPAR, continuados en el PEA y el PNSA) y a la producción en huertas familiares, comunitarias y escolares (ProHuerta, continuado en el marco del Programa UNIDOS, el PEA y el PNSA), ha sido sostenido desde principios de los años 90 en adelante.

Durante el período analizado se incorpora inversión en infraestructura y equipamiento, asistencia técnica y financiera y capacitación como componentes de los programas alimentarios. El primer tipo de inversión se encuentra presente en seis de los nueve programas analizados, mientras tanto la asistencia y la capacitación integran la estructura de cinco de los nueve programas.

En cuanto a la participación, se observa una mayor presencia de actores de la sociedad civil en los programas en la década del 90. Particularmente, se incluyó la participación de algunos sectores (instituciones sanitarias, educativas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias), como condición necesaria para ser implementados.

Esto último permite sugerir que la participación comunitaria en la ejecución de los programas ha sido en ese período muchas veces un requisito para el financiamiento externo. Sin embargo, la falta de continuidad inherente a este tipo de aportes abre el debate sobre la efectividad de tales iniciativas para fortalecer al sector comunitario y al Estado como actor clave de las políticas públicas. Ello influye en la sustentabilidad en el tiempo y la efectividad en los resultados.

Vale destacar que, en términos generales, los programas alimentarios nacionales han sido parte del presupuesto nacional. Esto implica que, más allá del éxito de las intervenciones, el acceso a la alimentación de los sectores más vulnerables es en Argentina una política de Estado.

Sin embargo, sigue siendo una dificultad reconocer a la nutrición como una política eminentemente sanitaria, ya que el Ministerio de Salud de la Nación tiene una escasa presencia como unidad ejecutora de los programas alimentarios nacionales analizados.

Es indispensable impulsar políticas públicas que contemplen a la alimentación como un componente fundamental de la salud, así como brindar a los beneficiarios independencia y educación para la adquisición y provisión de alimentos que les permita tener buenas prácticas alimentarias.

Anexo. Características de los Programas Alimentarios en Argentina

Las primeras experiencias de asistencia alimentaria en la Argentina, que se organizaron principalmente entorno a comedores escolares, se remontan a fines del Siglo XXI y principios del Siglo XX.

En los años 30, como respuesta a la crisis mundial, surgieron las ollas populares como una nueva modalidad de asistencia alimentaria.

Solo a fines de esa década el Estado comenzó a asumir la responsabilidad de este problema, creando el Instituto Nacional de Nutrición, dedicado a diseñar e implementar programas alimentarios. Con esta medida, las manifestaciones más espontáneas, como las ollas populares, se focalizaron en los sectores más marginales de las ciudades.

La Ley 12.341 de 1936, conocida como Ley Palacios, creó la Dirección de Maternidad e Infancia en el ámbito del Ministerio del Interior, cuyo objetivo fundacional fue disminuir la mortalidad infantil y mejorar las condiciones de desarrollo del niño y de la madre. Entre las funciones asumidas se encontraba la promoción de la lactancia materna y la entrega de leche en adecuadas condiciones de higiene.

El reparto de leche empezó a implementarse a partir de 1948. Esta Dirección, claro antecedente del actual Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación, impulsó políticas de fuerte impronta nutricional.

La Ley 13.341 de 1949 creó, dentro de la Secretaría de Trabajo y Previsión, la Dirección Nacional de Asistencia Social, que asumió la función de apoyo mediante el reparto de bienes materiales y el otorgamiento de subsidios.

En los años 70, los programas alimentarios basados en la distribución de alimentos se generalizaron de la mano de las políticas desarrollistas impulsadas en el contexto de la "Alianza para el Progreso". Sin embargo, a fines de esa década, el súbito cierre el Instituto Nacional de Nutrición inició una etapa signada por un gran vacío en términos de rigurosa elaboración y ejecución de políticas nutricionales.

Solo a mediados de los años 80, se puso de manifiesto una reactivación de las políticas de nutrición. Si bien con la hiperinflación del año 1989 se multiplicaron las ollas populares y los comedores comunitarios, el Programa Materno Infantil (PMI),

el Programa de Políticas Sociales Comunitarias (PROSOCO), el Programa Social Nutricional (PROSONU) y el Programa Alimentario Nacional (PAN) fueron el núcleo de las políticas alimentarias del Estado.

El Programa Alimentario Nacional (PAN) se creó en 1984 mediante la sanción de la ley 23.056 y alcanzó una cobertura de 1 300 000 familias. Se basó en el reparto mensual de cajas de alimentos no perecederos. Aunque hubo variación en los alimentos incluidos, las cajas contaban con leche en polvo, legumbres, arroz, harina de trigo, azúcar, aceite y enlatados. El aporte nutricional era del 20 % de las necesidades de una familia pobre. Mantuvo una administración centralizada. El Gobierno Nacional adquiría los alimentos de la Junta Nacional de Granos, los cuales eran embalados en cajas en las plantas ubicadas en Buenos Aires y Entre Ríos y luego se distribuían a las provincias. En cada jurisdicción había una delegación federal integrada por agentes del Programa que censaban a los beneficiarios y en reuniones mensuales entregaban las cajas.

En 1989, con la crisis inflacionaria y el recambio de autoridades en la Presidencia de la Nación, este programa concluyó. El nuevo gobierno lo reemplazó por el *Bono Solidario* que contiene características diferentes al PAN. En este caso, la ayuda alimentaria se ofrecía mediante bonos a ser canjeados ya sea por alimentos como por vestimenta. Los bienes adquiridos se incluían en un listado previamente establecido. Para obtener el bono, el beneficiario debía presentar una declaración jurada a la Municipalidad dejando constancia de su estado de necesidad alimentaria. Estos bonos fueron suspendidos al poco tiempo por problemas en su distribución.

El Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) fue creado en el año 1993 con financiamiento del Banco Mundial. En principio, surgió como un refuerzo del Programa Materno Infantil, contribuyendo al financiamiento de la leche fortificada que distribuía el Ministerio de Salud. También ofrecía una dotación de medicamentos e insumos para los programas provinciales de salud reproductiva.

Ofreció capacitación del personal involucrado en las actividades del programa en las distintas jurisdicciones y asistencia técnica a los equipos materno-infantiles provinciales. Asimismo, financió proyectos de remodelación y equipamiento en áreas obstétricas y de neonatología en hospitales, centros de salud, laboratorios y comedores escolares, guarderías y jardines de infantes que se reacondicionaban como centros de desarrollo infantil.

Adicionalmente, articuló la red de centros de desarrollo infantil, intentando descentralizar la función de la atención, la nutrición y el desarrollo del niño. Esto produjo que la calidad de la atención de cada centro fuera variable de acuerdo a las capacidades locales, especialmente la adquisición de alimentos y la configuración de una dieta equilibrada.

Este programa, dependiente de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud, llegó a aplicarse en 16 provincias: Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Salta, Río Negro, Santa Fe y Tucumán. Estuvo orientado a niños menores de seis años, mujeres embarazadas y en edad fértil de zonas pobres, y a los centros de salud y centros de desarrollo infantil.

La función de provisión de medicamentos se extendió a las provincias de todo el país.

Durante la primera etapa del programa -entre 1993 y el 2000- se identificaron mujeres embarazadas y niños desnutridos y se llevó a cabo la rehabilitación nutricional mediante la distribución de cajas de alimentos compuestas por leche en polvo, aceite, azúcar, cereales y legumbres secas. A estas cajas se les incorporaba la leche en polvo fortificada que repartía el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud. Estas eran entregadas a los niños durante el período de rehabilitación, que se prolongaba aproximadamente durante cuatro o cinco meses. En el 2000, el programa debió interrumpir su tarea, y al año siguiente retomó la actividad, reduciendo su función a la entrega de leche fortificada.

El Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA) fue creado en el año 1994 bajo la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación. Complementaba al programa alimentario ProBienestar, dependiente de la obra social de jubilados y pensionados (PAMI). Se focalizó en ancianos con alta vulnerabilidad social, de 60 años y más, sin cobertura social y con ingresos menores a la jubilación mínima.

Se estima que aproximadamente 190 mil beneficiarios recibieron una entrega mensual de cajas (adquiridas en forma centralizada) o transferencias de dinero a provincias, municipios u organizaciones no gubernamentales, que las Unidades Coordinadoras del programa distribuían en cada región.

La norma alimentaria nutricional pautada desde el nivel central estableció la cobertura aproximada de 1 500 kcal por día (el 75 % de las recomendaciones nutricionales para mayores de 60 años): 55 a 60 % de hidratos de carbono, 8 a 10 % de proteínas y 30 a 33 % de grasas.

A partir del segundo semestre de 1996, se implementaron talleres de educación alimentaria nutricional (EAN) con el objetivo de cambiar conductas alimentarias para mejorar el estado nutricional de los beneficiarios. Entre agosto de 1996 y julio de 1999 se realizaron 900 talleres de EAN en Buenos Aires y Capital Federal, con una participación total de 18 000 beneficiarios.

El Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) fue implementado por la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación en 1996. Estaba orientado a niños de 2 a 14 años con necesidades básicas insatisfechas. Este Programa tuvo tres modalidades.

En primer lugar, mejoró y transformó los comedores infantiles en centros de cuidado infantil. Los mismos eran similares a los centros de desarrollo infantil del PROMIN, aunque estos últimos adicionalmente estimulaban la articulación con el centro de salud. Tanto los centros de desarrollo infantil como los de cuidado infantil lograron poner en agenda de las políticas públicas el cuidado del niños de 2 a 5 años y su desarrollo psicosocial.

En segundo lugar, repartió cajas de alimentos similares a las del PAN y del PROMIN. Estos módulos estaban compuestos por alimentos secos que contenían alrededor de 40 mil kcal. Se realizaban entre 7 y 8 entregas por año, y los beneficiarios eran familias con niños que asistían a comedores infantiles. Se llegaron a distribuir 275 mil cajas por entrega en el período de mayor cobertura. La Secretaría de Desarrollo Social adquiría la mayor parte de los alimentos por licitaciones públicas y los distribuía a depósitos centrales en cada provincia aunque en algunas jurisdicciones se transferían los fondos directamente para que los alimentos se adquiriesen localmente. Esta modalidad se convirtió en el eje del programa, absorbiendo el 70% de su presupuesto.

Por último, fomentó la elaboración de "proyectos de refuerzo" de la dieta de los comedores infantiles. Entre ellos, los que presentaban proyectos específicos recibían fondos para complementar el presupuesto disponible del comedor o para ampliar su cobertura. El aporte presupuestario hacia esta modalidad fue marginal (10 %).

El Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR) inicia una etapa piloto en diciembre de 1995 que se prolongaría hasta el 1998. Esta etapa cuenta con 806 proyectos y una inversión de \$ 30 821 534 en 16 000 organizaciones comunitarias y 214 289 beneficiarios en las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Salta, Santiago del Estero y Jujuy.

Entre el 1999 y el 2002, aprobado por el Decreto 843/99, se implementa el Cuarto Proyecto de Protección Social (PRODESO) que, con la enmienda del año 2002, se bifurcaría en dos componentes, uno de ellos el Fondo Participativo de Inversión Social. Se financia con un préstamo del Banco Mundial 4398-AR y una contraparte nacional y se gestiona desde la Dirección Nacional de Asistencia Comunitaria del Ministerio de Desarrollo Social.

El programa está orientado a organizaciones de la sociedad civil que tengan por lo menos dos años de experiencia en gestión de prestaciones alimentarias y servicios comunitarios. Se aplica en 17 ciudades del país: Córdoba, Concordia, Rosario, Santa Fe, Mar del Plata, Mendoza, Bariloche, San Juan, Resistencia, Corrientes, Formosa, Posadas, San Salvador de Jujuy, Salta, Santiago del Estero, San Miguel de Tucumán, La Plata.

Desde 1999, financió a pequeños proyectos comunitarios tendientes a combatir la pobreza, fundamentalmente en áreas rurales. En el 2002, en el marco de la declaración de la Emergencia Alimentaria, se transformó en un programa que financió prestaciones alimentarias en comedores comunitarios y que transfirió directamente fondos para que los comedores adquieran y distribuyan los alimentos.

En el 2000, se crea el Programa UNIDOS como producto de la unificación del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) y el Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA). Igual que ellos, se basó en la asistencia alimentaria a través de cajas de alimentos distribuidas a familias de bajos recursos con niños menores de 14 años o adultos mayores sin cobertura social.

En cuanto a la gestión de los fondos, paulatinamente se fue transfiriendo a las provincias la adquisición, el embalaje y la distribución de las cajas.

El Programa Integrado Promoción de la Autoproducción de Alimentos (ProHuerta) depende del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación. Tiene financiamiento nacional y está dirigido a familias urbanas y rurales en situación de vulnerabilidad social (con necesidades básicas insatisfechas o bajo la línea de la pobreza) y a niños en escuelas de áreas críticas, económicamente deprimidas, marginales o rurales dispersas de todo el país y se implementa desde el 1990 hasta la actualidad. En 1996 contaba con 192 400 beneficiarios y 6 años después, los beneficiarios eran 323 600.

El programa ofrece asistencia técnico-financiera y capacitación, asimismo, provee insumos biológicos críticos (semillas, pollos y conejos) para las huertas comunitarias, escolares y familiares y contempla la supervisión continua de dichas huertas. Las unidades locales del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria

(INTA) son las encargadas de recibir los *kits* de semillas dos veces por año y de distribuirlas a las familias beneficiarias.

El Programa de Emergencia Alimentaria (PEA) fue implementado en el marco de la crisis social y económica desatada en Argentina a fines del 2001. Se creó en el 2002, por el Decreto 108/02 y tuvo características similares a los anteriores: el 80 % del presupuesto era destinado a cajas de alimentos.

En este caso, la descentralización fue completa ya que se transferían recursos a las provincias para que estas implementasen sus programas alimentarios ejecutando los fondos localmente. El programa tuvo alcance nacional, y sus beneficiarios fueron las familias que recibían la caja PRANI y ASOMA (después UNIDOS).

El Programa Nacional de Nutrición y Alimentación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria se crea en el año 2003, por la ley 25.724. Intenta articular los programas existentes en ese momento: el PEA, el FOPAR, los Comedores Escolares y ProHuerta. Al igual que en los otros programas se mantiene un alto predominio la asistencia alimentaria: el 75 % del presupuesto está destinado a cajas de alimentos (secos). En menor escala, se distribuyen vales para adquirir alimentos en comercios seleccionados.

Asimismo, se propone conformar una base única de beneficiarios, estimando como población objetivo alrededor de 1,6 millones de familias. Las provincias reciben una transferencia financiera para adquirir, embalar y distribuir las cajas de alimentos a las familias en siete u ocho entregas anuales. La distribución de vales involucra a menos del 4 % de las familias beneficiarias.

Los alimentos que ayudan a incorporar los micronutrientes son la harina de trigo enriquecida, el azúcar, la leche fortificada y la sal. Pero también es importante incorporar suficientes cantidades de alimentos que provean energía y proteínas, las cuales en gran medida están ausentes de los módulos alimentarios de los programas nacionales. Por ello, por ejemplo, el Programa de Emergencia Alimentaria (2002) que entregaba un módulo de alimentos compuesto por aceite, leche en polvo, azúcar, harina de trigo, arroz, fideos, maíz en harina o entero, puré de tomates, legumbres secas, dulces, miel o mermelada, y fruta deshidratada, distribuía también vales para productos frescos no incluidos en estas bolsas. El aporte de los productos frescos rondaba entre las 10,000 y 25,000 kcal. Cada módulo podía ser chico (entre 30,000 y 35,000 calorías) o grande (entre 60,000 y 65,000 calorías), dependiendo de las cantidades de los alimentos que incluía (pero sin omitir ninguno de ellos).

Por otro lado, cuando las cajas de alimentos no se entregan con la frecuencia preestablecida, el valor nutricional que aportan sus componentes no resulta suficiente. Muchas veces, por demoras en los trámites de licitación, en los concursos públicos de precios u otros procedimientos administrativos, las cajas (diseñadas para ser entregadas con una frecuencia de 30 días) se distribuyen cada 45 ó 60 días (es decir, no más de 7 u 8 por año). Esto provoca que el valor nutricional de estos módulos, en términos generales, sea deficiente y no cumpla con los parámetros con los cuales fueron diseñados.

Otro tipo de prestación, complementario a las cajas de alimentos, son los tickets o vales con los cuales los beneficiarios pueden adquirir alimentos en comercios pre establecidos. Esta modalidad también tiene sus limitaciones: tiene una cobertura menor a la de los módulos alimentarios y, si no está acompañada por una campaña educativa, alienta la sustitución de los alimentos recomendados por otros productos no prioritarios en términos nutricionales. Sin embargo, a pesar de la ausencia del

componente educacional, estas intervenciones demostraron una sustitución eficiente y superior en términos nutricionales al contenido de los módulos.

En la actualidad, se ha comenzado a imponer la modalidad de las tarjetas de débito, reemplazando algunas veces a los bolsones de alimentos para que las familias beneficiarias adquieran los alimentos en forma autónoma. Esta modalidad salda la deficiencia en la entrega de las cajas de alimentos que generalmente sufren demoras y desembocan en deficiencias en la provisión de alimentos a las familias necesitadas. Por su parte, los primeros días de cada mes es depositado el monto convenido en la cuenta del beneficiario quien puede disponer del mismo con la frecuencia adecuada. Asimismo, en teoría, esta modalidad permite una mayor diversificación de la alimentación de las familias y reduce la posibilidad de generar una relación clientelar entre delegados políticos y beneficiarios.

Finalmente, otra de las modalidades de complemento alimentario son los comedores comunitarios. Muchos de ellos carecen de controles bromatológicos, brindan alimentos con un valor nutricional insuficiente y no articulan con los centros de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. La erradicación del hambre en el mundo: clave para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Italia: FAO; 2005.
2. Maceira D, Stechina M. Inequidades nutricionales entre provincias. Buenos Aires: CIPPEC; 2008.
3. Vinocur P, Halperin L. Pobreza y políticas sociales en Argentina de los años noventa. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
4. Clacheo R. Programas Alimentarios en Argentina. Buenos Aires: CESNI; 2003.

Recibido: 9 de febrero de 2010.

Aprobado: 10 de junio de 2010.