

Intervenciones de política nutricional en 25 años de democracia

Daniel Maceira y Mariana Stechina

Resumen ejecutivo

De acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación, el bajo peso y la desnutrición crónica (talla/edad) son las deficiencias nutricionales más significativas a nivel nacional. Además, la obesidad se presenta como una problemática 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.

El presente informe tiene por 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 del país.

Para ello, se realiza 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.

Los resultados del estudio permiten concluir que luego de 25 años de intervenciones en materia alimentaria, las deficiencias nutricionales aún son una problemática a resolver. Uno de los desafíos más importantes es identificar los mecanismos eficaces que permitan transferir capacidades a los beneficiarios más allá de la duración de los programas.

La alimentación debe ser considerada por los tomadores de decisión como uno de los principales indicadores sanitarios. Por ello, es importante fortalecer la presencia del área de Salud Pública en este tipo de intervenciones para que ellas sean orientadas a evitar el deterioro de la salud y mejorar la calidad de vida de la población.

INTRODUCCIÓN¹

Los resultados de la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación demuestran, una vez más, que las inequidades en materia sanitaria continúan perpetuándose entre las provincias (Maceira y Stechina: 2008).

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 (NBI) y población sin cobertura formal de salud.

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

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,

¹ Para ampliar la información contenida en el presente informe ver: Maceira, Daniel y Stechina Mariana: "Salud y Nutrición. Problemática alimentaria e intervenciones políticas en veinticinco años de democracia", Documento de Trabajo, CIPPEC, febrero de 2008. Los autores agradecen especialmente los aportes de **Pablo Vinocur**, coordinador de programas del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); **Sergio Britos** director asociado del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI); **Pablo Durán**, coordinador logístico de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación; **Alejandro Wilner**, coordinador de salud y nutrición de Acción Contra el Hambre; **Pedro Kremer**, coordinador del Programa de Salud (CIPPEC); y **Cintia Cejas**, coordinadora del Programa de Salud (CIPPEC).

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 realizó una revisión de la literatura existente sobre programas nutricionales en la Argentina que, con el aporte de referentes del sector, permitió evaluar las políticas nutricionales implementadas en el país.

UN POCO DE HISTORIA. LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS AYER Y HOY

Las primeras experiencias de asistencia alimentaria en la Argentina, que se organizaron principalmente en torno a comedores escolares, se remontan a fines del siglo XIX 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.

Sólo a fines de esa década el Estado comenzó a asumir la responsabilidad de esta problemática, 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 del Instituto Nacional de Nutrición inició una etapa signada por un gran vacío en términos de rigurosa elaboración y ejecución de políticas nutricionales.

Sólo a mediados de los años 80, con el Programa Alimentario Nacional (PAN), 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 PAN fueron el núcleo de las políticas alimentarias del Estado.

En la década del 90, los programas adquirieron diseños más focalizados. Se inició un proceso de descentralización paulatina de la gestión de los proyectos. La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación descentralizó la distribución de

leche hacia las provincias. El Programa Materno Infantil transfirió los fondos a las provincias que se encargaban de comprar la leche que era distribuida en los Centros de Salud a mujeres embarazadas y con niños de dos a seis años. Desde el año 2001, la compra de la leche se hace nuevamente en forma centralizada por parte del Estado nacional. Se realiza la entrega a las provincias, que se encargan de distribuirla entre los beneficiarios.

El PROSONU² y el PROSOCO³ financiaban comedores comunitarios orientados a alimentar prioritariamente niños de dos a cinco años que no eran cubiertos por el Programa Materno Infantil (hasta dos años) ni por los comedores escolares (que ofrecían desayunos, meriendas, refrigerios y almuerzos en escuelas públicas). En 1991, ambos programas fueron transferidos a las provincias y dejaron de existir como tales para pasar a formar parte del fondo de coparticipación (Ansolabehere, 2002).

Dada la irregularidad de los aportes y la precariedad de las condiciones de atención, años después los comedores infantiles y comunitarios recibieron apoyo del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) y del Fondo Participativo de Inversión Social (FOPAR). Por su parte, el Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA) se focalizó en la atención de los adultos mayores sin cobertura social.

En la década del 90, hubo una creciente participación de las organizaciones de la

² El Programa Social Nutricional (PROSONU) empezó a implementarse a fines de la década del 70, cuando cerraron los ingenios azucareros de la provincia de Tucumán. Pronto se extendió al resto de las provincias, ofreciendo fundamentalmente alimentación en los comedores escolares.

³ El Programa de Políticas Sociales Comunitarias (PROSOCO) se creó en el año 1989. Fue aprobado por la Ley 23.767 y utilizó los recursos antes destinados al Programa Alimentario Nacional (PAN) y al Bono Solidario.

sociedad Civil (OSCs) en la ejecución de programas. Asimismo, emergieron organismos internacionales, como el Banco Mundial, asumiendo la función – paralela al gobierno local– de financiamiento y control de los programas sociales.

Luego de la crisis de fines de 2001, se decretó la emergencia alimentaria nacional y se creó el Programa de Emergencia Alimentaria (PEA), que profundizó la descentralización de las políticas de intervención alimentaria hacia las provincias. En el año 2003 el PEA mutó en el Programa Nacional de Nutrición y Alimentación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) creado por la Ley 25.724, que intenta articular las intervenciones en materia alimentaria vigentes y conformar una base única de beneficiarios.

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS A NIVEL NACIONAL

¿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 nacionales descriptos y la consiguiente disposición de herramientas para mejorar el estado nutricional de su población.

Los programas PAN, ProHuerta⁴, ASOMA, UNIDOS, PEA y PNSA han tenido presencia en todas las provincias. En cambio, el PROMIN se implementó sólo en 14 (aunque el otorgamiento de medicamentos se extendió a todo el país), el PRANI estuvo presente en todas las provincias excepto la provincia de Buenos Aires; y el FOPAR, en 15.

Como muestra el Gráfico 1, la focalización etaria de la población

⁴ El ProHuerta es el Programa Integrado Promoción de la Autoproducción de Alimentos.

beneficiaria en cada uno de los programas alimentarios nacionales no tiene grandes modificaciones. En general, los programas apuntan a la población infantil, a las mujeres embarazadas y/o en edad fértil y a los ancianos. Se basaron en la edad como criterio de acceso principalmente el PROMIN (niños menores de seis años y mujeres en edad fértil), el PRANI (niños de dos a catorce años) y el ASOMA (ancianos).

El PAN, el ProHuerta y el FOPAR⁵ no establecieron como condición excluyente la edad pero mantuvieron como criterio (presente también en los otros programas) la incorporación de 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).

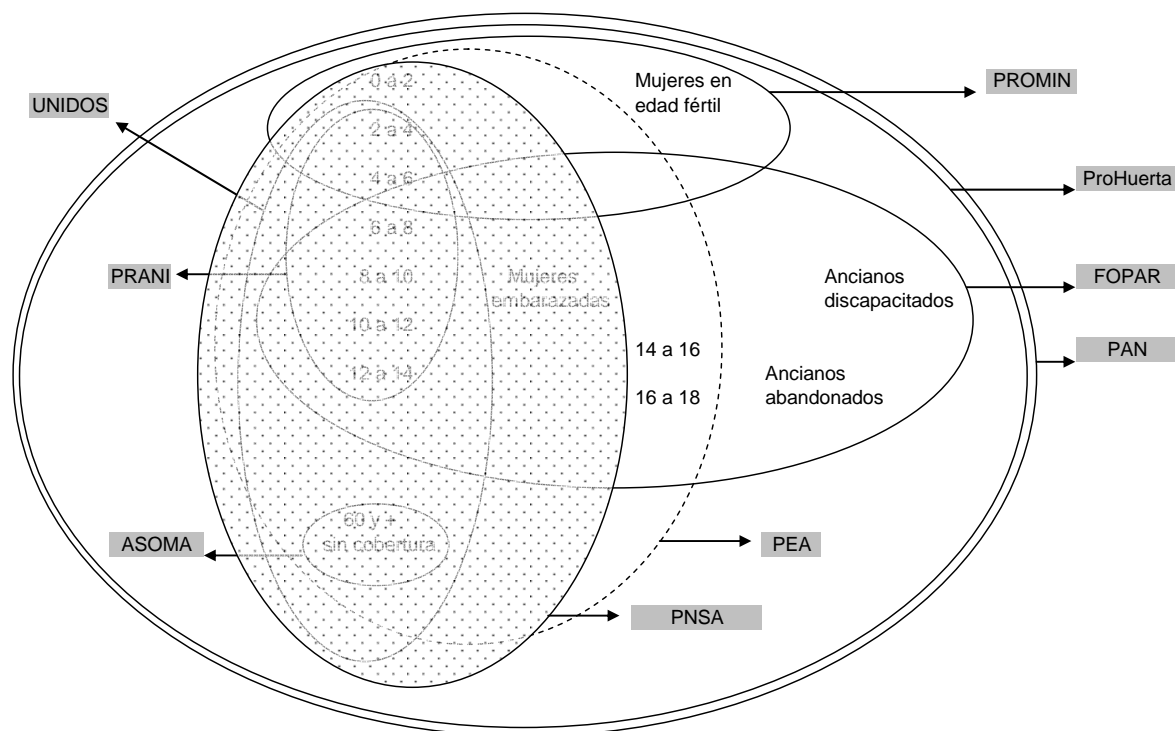
Por su parte, el FOPAR se aplicó sólo a organizaciones de la sociedad civil con una experiencia no menor a dos años en gestión de comedores u otros servicios comunitarios.

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 (Vinocur y Halperin, 2004).

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.

⁵ El Fondo Participativo de Inversión Social (PFOPAR) financió pequeños proyectos comunitarios y comedores comunitarios.

Gráfico 1: Población beneficiaria de los programas alimentarios



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

¿Cuáles son las modalidades de prestación?

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

Como se observa en el Gráfico 2⁶, 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 carecen de controles bromatológicos, brindan alimentos con un valor nutricional insuficiente y no logan articular las acciones con los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

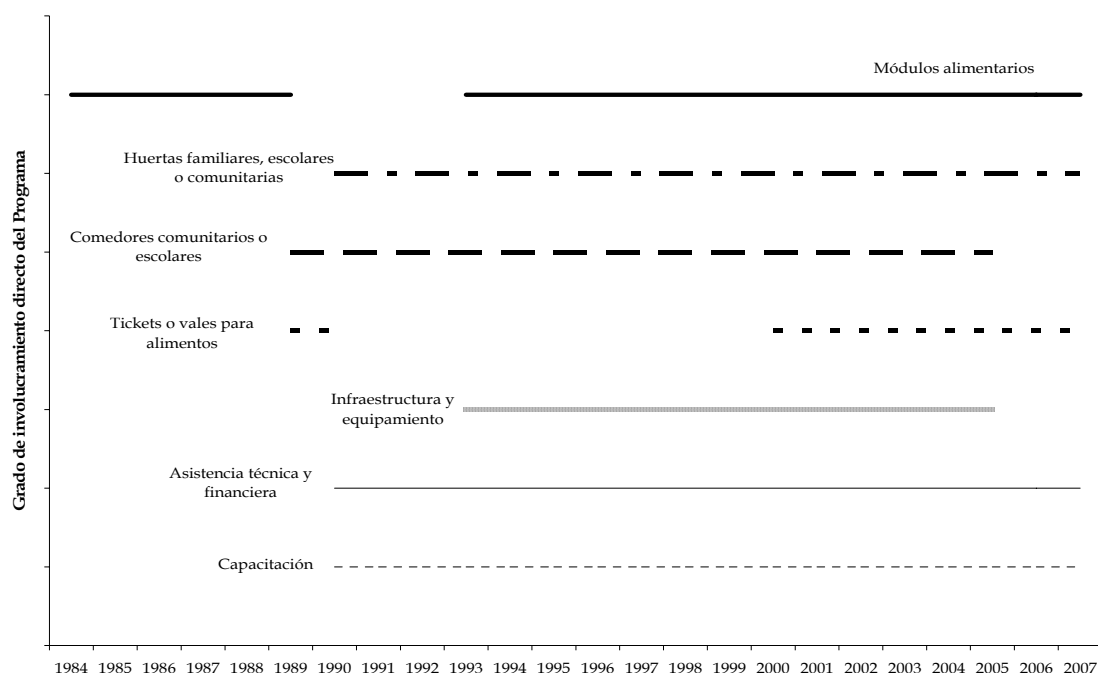
Los comedores infantiles, a partir de mediados de los 90, "extendieron continuamente su cobertura a otros beneficiarios, con un presupuesto limitado e irregular. Este público

⁶ En este esquema se incluye al PROSOCO y al PROSONU. Por ello, los aportes de los comedores comunitarios y escolares a la política alimentaria en general no se interrumpen en el período de crisis hiperinflacionaria.

creciente obligaba, en la mayoría de los casos, a una dilución de la dieta para satisfacer la demanda”, explican Vinocur y Halperin (2004). 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”.

Gráfico 2: Tipo de prestaciones de los programas alimentarios argentinos, según el grado de involucramiento directo del Programa (1984-2007)



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

La **autoproducción de alimentos**⁷ 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 discontinuidades principalmente en los aportes directos alimentarios: los **módulos de alimentos**. Mientras tanto, los vales o tickets se presentan como una modalidad reciente.

La entrega de cajas de alimentos se inició con el PAN y se discontinuó luego de la crisis inflacionaria de fines de los 80.

En el año 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/o tickets**, que son una modalidad complementaria y relativamente nueva⁸, suelen tener una

⁷ De acuerdo a los lineamientos del ProHuerta, la autoproducción de alimentos se basa en la agricultura orgánica, favoreciendo así la incorporación de alimentos frescos e intentando fomentar también la diversificación de la dieta.

⁸ Existe una experiencia a fines de los 80. Con el fin de las cajas PAN, el Gobierno implementó el Bono Solidario como una forma de seguir cooperando con la alimentación de las familias beneficiarias afectadas por la crisis

cobertura menor a la de los módulos alimentarios y les permite a los beneficiarios adquirir los alimentos en negocios preestablecidos. Este tipo de prestación pone en agenda la educación alimentaria para fortalecer en la población una cultura nutricional saludable.

En la actualidad, se ha empezado a recurrir a la modalidad de las **tarjetas de débito**. Éstas reemplazan, a veces, los bolsones de alimentos permitiendo a las familias adquirir los alimentos en forma autónoma, mediante un aporte mensual depositado en la cuenta del beneficiario.

A partir de la década del 90, los programas han contemplado la inversión en **infraestructura y equipamiento, asistencia técnica y financiera y capacitación**.

¿Dónde se aplican los programas?

De acuerdo con el 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 admitiendo 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 (CDI) del PROMIN.

hiperinflacionaria. Esta prestación tuvo muy corta duración.

¿Cómo se ejecutan estos programas?

Como se observa en la Tabla 1, 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 en forma centralizada de módulos alimentarios a las provincias y la transferencia monetaria para la compra directa en cada jurisdicción.

En relación con la asignación del presupuesto, 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 90, 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 sólo es simbólicamente relevante sino que implica, además, cierta continuidad en la aplicación de esta política nutricional, sin depender de préstamos internacionales.

Otro dato a tener en cuenta es que sólo 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 la problemática alimentaria desde un enfoque sanitario.

Tabla 1: 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 y 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 dólares 1997: 100 millones dólares	1998: 12,5 millones pesos 2008: 23 millones pesos	1996: 24,4 millones pesos 1998: 21 millones pesos	1999: 30,5 millones pesos	132,9 millones dólares	44 millones pesos	2002: 351 millones pesos 2003: 393 millones pesos	2008: 946,2 millones pesos
Período	1984 - 1989	1993 - 2005	1990 - actualidad	1994 - 2000	1996 - 2000	1998 - 2005	2001	2002 - 2003	2003 - actualidad
Grado de descentralización	Alta					✓	✓	✓	✓
	Media		✓	✓	✓	✓			
	Baja	✓							
Participación	ONG	✓		✓	✓	✓	✓		
	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).

Deficiencias en la ayuda alimentaria

La composición de la ayuda alimentaria brindada por estos programas, principalmente mediante los módulos alimentarios, es a menudo exigua. Esto se debe a que las cajas de alimentos son confeccionadas para ser entregadas una vez por mes. Muchas veces, por demoras en los trámites de licitación, en los concursos públicos de precios u otros procedimientos administrativos, se distribuyen cada 45 ó 60 días (no más de siete u ocho por año). Al no respetar la frecuencia preestablecida, el valor

nutricional de sus componentes resulta insuficiente, relegando los parámetros con los cuales fueron diseñados.

Por otro lado, estas cajas omiten algunos alimentos que contribuyen a enriquecer la dieta de la población beneficiaria. Si bien la harina de trigo enriquecida, el azúcar, la leche fortificada y la sal ayudan a incorporar los micronutrientes, también es importante consumir suficiente cantidad de energía y proteínas que generalmente son escasas en los módulos de los programas alimentarios nacionales. Por ello, algunos programas han distribuido, además de las cajas de

alimentos, vales para productos frescos no incluidos en ellas.

La modalidad de las tarjetas de débito salda los problemas en la entrega de las cajas de alimentos, si los primeros días de cada mes es depositado el monto convenido en la cuenta del beneficiario. En teoría, esta modalidad permite una diversificación en la alimentación de las familias y reduce la posibilidad de generar una relación clientelar entre punteros políticos y beneficiarios.

En un informe del CESNI (2003) se evalúa que para que un programa alimentario sea exitoso, expresando resultados positivos en la salud, alimentación y nutrición de su población objetivo, debe partir de un diagnóstico de los problemas nutricionales que prevalecen. "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".

CONCLUSIONES

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, centro de atención primaria de la salud (CAPS) o centros de desarrollo infantil (CDI), entre otros.

Todo esto genera un proceso de interrelación entre agentes con distintas capacidades de gestión y diferentes agendas de políticas, influyendo 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 asumieron.

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/o 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 incorporó 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 observó 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, ONGs 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 nuestro país 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 tuvo una escasa presencia como unidad ejecutora de los programas alimentarios nacionales analizados.

A pesar de ello, las brechas entre las provincias son significativas y la relación directa con pobres indicadores de salud refuerza la idea de que la nutrición es el eje primordial para el desarrollo de una vida saludable.

En este contexto, es indispensable impulsar políticas públicas que contemplen a la alimentación como un componente fundamental de la salud. Es primordial brindar a los beneficiarios independencia y educación para la adquisición y provisión de alimentos pudiendo reproducir buenas prácticas alimentarias.

BIBLIOGRAFÍA

Ansolabehere, Karina: *Persistencias e incentivos en la Argentina de los 90: Los cambios institucionales en las políticas sociales*, Revista Venezolana de Gerencia, Enero-Marzo, año/vol. 7, número 017, Universidad del Zulia, Macaibo, Venezuela, 2002 (pp. 119-139).

Britos, Sergio; O'Donnell, Alejandro; Ugalde, Vanina; Clacheo, Rodrigo: *Programas Alimentarios en Argentina*, CESNI, Buenos Aires, 2003.

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, *Documento de Resultados 2007*. Ministerio de Salud de la Nación.

FAO: *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo*, Taller sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Panel sobre Pobreza y Hambre, Santo Domingo D. N., 9-10 de diciembre 2003.

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*, FAO, Italia, 2005.

Ibarra, Lelis y Romero, Gabriela: *Planes alimentarios y la distribución del ingreso*. En Revista Desde el Fondo, N° 34, Publicación del Área de Producciones y Publicaciones de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos.

Maceira, Daniel y Stechina, Mariana: "Inequidades nutricionales entre provincias", *Documento de Políticas Públicas*, CIPPEC, Buenos Aires, febrero 2008.

Orizzonte, Liliana María: *Situación nutricional, acceso y utilización de servicios de salud, y programas alimentarios en una*

población pobre de Gran Buenos Aires, Beca de Investigación "Ramón Carrillo - Arturo Oñativia", Área de Programas Sanitarios con Apoyo Institucional, Ministerio de salud de la Nación, Buenos Aires, 2004.

Vinocur, Pablo y Halperin, Leopoldo: *Pobreza y políticas sociales en Argentina de los años noventa*, Serie Políticas Sociales N° 85, División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago de Chile, 2004.

Sitios consultados:

Banco Mundial:
www.bancomundial.org.ar

Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA):
www.inta.gov.ar/extension/prohuerta/

Médicos municipales: *Argentina no tiene una política alimentaria*: www.medicos-municipales.org.ar/titu30902.htm

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación: www.desarrollosocial.gov.ar

Ministerio de Salud de la Nación:
www.msal.gov.ar

Misiones On Line (Posadas): *Unidos para la familia*, por Graciela Fernández Mejjide (22/11/2000):
<http://misionesonline.net/paginas/detalle.php?db=noticias2000&id=5017>

Presidencia de la Nación:
www.casarosada.gov.ar

Red Social América Latina y el Caribe - Organización de los Estados Americanos, OEA - Unidad de Desarrollo Social y Educación, UDSE:
http://www.redsocial.org/red_argentina.php

Daniel Maceira. Director del Programa de Salud de CIPPEC. Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires. Ph.D. en Economía, Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer y la Beca Rosestein-Rodan de Boston University, entre otras. Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Asimismo, realizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha tenido participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica, especialmente en América Latina y el Caribe. Brinda asesoría técnica a distintos organismos nacionales e internacionales.

Mariana Stechina. Asistente del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciada en Sociología, Universidad de Buenos Aires.

Si desea citar este documento: Maceira, D. y Stechina, M.: “Intervenciones de política nutricional en 25 años de democracia”, *Documento de Políticas Públicas*, CIPPEC, Buenos Aires, marzo de 2008.

Acerca de CIPPEC

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en Argentina. Nuestro desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de Educación, Salud, Justicia, Política Fiscal, Inserción internacional, Transparencia, Instituciones Democráticas, Política y Gestión de Gobierno, Desarrollo Local e Incidencia de la Sociedad Civil.

Las opiniones de los autores no reflejan necesariamente la de las personas entrevistadas, ni la posición institucional de CIPPEC en el tema analizado.