

SALUD Y NUTRICIÓN

PROBLEMÁTICA ALIMENTARIA E INTERVENCIONES DE POLÍTICA EN 25 AÑOS DE DEMOCRACIA

DANIEL MACEIRA Y MARIANA STECHINA

FEBRERO 2008

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	5
NUTRICIÓN Y PERFIL SOCIO SANITARIO DE LA ARGENTINA.....	7
ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS NUTRICIONALES	16
CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS NACIONALES.....	18
ANÁLISIS COMPARADO DE LOS PROGRAMAS	23
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	33
SITIOS CONSULTADOS:.....	34

RESUMEN

El presente informe tiene por objetivo **identificar los principales problemas nutricionales que aquejan a la población de nuestro país, analizar dónde radican dichos problemas y en qué medida los programas nacionales estuvieron orientados a mejorar dicha situación.**

Para ello, se plantea un análisis de los indicadores de salud y nivel socioeconómico, utilizando como principal insumo la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación¹. Asimismo, se realiza un recorrido por los programas alimentarios nacionales implementados en las últimas dos décadas en Argentina, visualizando los beneficiarios, las prestaciones y modalidad de financiación, entre otros componentes.

El estudio permite concluir que luego de 25 años de intervenciones en materia alimentaria continúan existiendo brechas de inequidad entre las provincias, incluso habiendo tenido acceso a la mayoría de los programas impulsados por el nivel nacional. En este sentido, las provincias del NEA y NOA, son las que presentan más niños con bajo peso (peso/edad) y desnutrición crónica (talla/edad). Por su parte, la obesidad se presenta como una problemática en ascenso en el país y la anemia en menores de 2 años se encuentra todavía lejos de ser controlada.

La articulación entre los distintos actores que participan en el diseño y ejecución de dichas políticas se presenta como uno de los desafíos más importantes así como también la definición de mecanismos eficaces que permitan transferir capacidades a los beneficiarios más allá de la duración de los programas.

¹ Los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud corresponden al año 2005. Los resultados de la Encuesta fueron publicados por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2007. Es la información oficial más actualizada en referencia a la temática nutricional.

INTRODUCCIÓN

Referirse a políticas sanitarias implica identificar problemas y necesidades de intervención en el sistema formal de salud, en los mecanismos de oferta sanitaria, los modos de tratamiento y detección, y la promoción de prácticas saludables en un modelo de salud integral.

Sin embargo, el objetivo de alcanzar una población más sana y con una mejor calidad de vida involucra aspectos que van más allá de la naturaleza del sistema sanitario y que se asocian con los determinantes para una buena salud.

Dentro de esa serie de determinantes existen aspectos relacionados con infraestructura, como por ejemplo, red de agua potable, mecanismos de eliminación de excretas, etc. Asimismo, se identifican otras iniciativas que intentan alcanzar un mejor status de salud, como políticas asociadas con nutrición o hábitos saludables².

En particular, la asociación entre nutrición y resultados sanitarios no necesita ser probada. Este documento parte de la revisión de la literatura existente sobre programas nutricionales en Argentina tomándola como base y remitiendo a los referentes del sector, tanto desde la perspectiva teórica como desde la generación de datos primarios, para poder evaluar las políticas nutricionales en el país.

Con esta premisa, el presente documento avanza en el **análisis de los indicadores de salud y nutrición existentes a nivel provincial, regional y nacional**. En segundo lugar, se realiza una revisión de los programas nutricionales desde el inicio de la democracia, sistematizándose los mecanismos de financiamiento, los modos en que se gestiona y, especialmente, la definición de la población objetivo y la forma en que esas políticas asociadas con la nutrición se fueron desarrollando, ya sea mediante la entrega de alimentos, tickets, fortalecimiento de comedores escolares, etc. Finalmente, se plantea una breve conclusión con la evolución de la estrategia de política nutricional argentina en respuesta a los indicadores del sector.

² En este sentido, por ejemplo, el Ministerio de Salud de la Nación cuenta, actualmente, con el Programa Nacional de Control del Tabaco y el Programa Nacional Argentina Camina.

MARCO TEÓRICO

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 nuestro país existe la capacidad para producir alimentos para 300 millones de personas. La FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) afirma que la producción alimenticia excedente supera mundialmente el 33 por ciento las necesidades reales. Según datos de esta organización (FAO, 2005), las personas subnutridas en Argentina en el año 2002 eran 600 mil, definiendo a esta problemática como “la insuficiencia aguda y permanente de alimentos para satisfacer las necesidades energéticas mínimas de la población”. Dado que este estado es una puerta de entrada a enfermedades y estados más graves de desnutrición, debe ser atendida 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).

La nutrición es un resultado sanitario en si. Es también un determinante clave en el proceso de salud-enfermedad. Además, a lo largo de este proceso, la nutrición adecuada es un parámetro determinante para romper el círculo pobreza-enfermedad. Un mal estado nutricional constituye un factor clave que desemboca en múltiples problemas de salud evitables.

La nutrición es, por un lado, como alimentación saludable y, por otro, como necesidad primaria: “El hambre y la malnutrición son la causa fundamental de más de la mitad del total de muertes infantiles (...). La gran mayoría no moriría si su cuerpo y sistemas inmunitarios no hubiesen sido debilitados por el hambre y la malnutrición” (FAO, 2005).

Desde una perspectiva de política pública, los mecanismos que tiene el Estado para intervenir en los determinantes de la salud, más allá de las acciones en la regulación, financiamiento y prestación de servicios, se asocia con mejorar la calidad de vida de la población y los determinantes de la salud a fin de minimizar la necesidad de utilizar los servicios del sistema. Desde esta mirada se discute el mecanismo más costo-efectivo para llevar a cabo una intervención en nutrición. Para ello, se plantea si es más conveniente:

- a) La distribución directa, de modo de “garantizar” el acceso a la alimentación básica necesaria.
- b) Trabajar en el desarrollo de los hábitos nutricionales induciendo la compra de aquellos alimentos que hacen a una buena nutrición, brindando ayuda económica directa o mediante tickets u otros medios para que se acceda a esos alimentos.

Cualquiera de estas miradas requiere de la planificación en el uso de recursos y la identificación de necesidades de la población. Sin embargo, ninguna de estas políticas es determinista, en tanto que descansan en conductas individuales asociadas con la privacidad de hábitos alimentarios individuales. En este sentido, la inducción genera una limitante en términos de efectividad.

En el primer tipo de intervención (cajas de alimentos) se maximiza la planificación de la oferta. Provee solamente de alimentos secos (como arroz, fideos, polenta, etc.). Es más eficaz en términos de compra, pero no necesariamente lo es en términos de consumo. El segundo tipo de intervención adquiere la forma de un subsidio a la demanda. El Estado brinda apoyo económico convalidando el consumo de la población beneficiaria. Esta intervención – como el consumo de la población no beneficiaria – maximiza su eficiencia en la medida que sea acompañada por intervenciones que informen y concienticen sobre los alimentos más efectivos para una alimentación variada y nutritivamente rica.

En este sentido, Vinocur y Halperin (2004) narran cómo los comedores infantiles, a partir de mediados de los noventa, “extendieron continuamente su cobertura a otros beneficiarios, no declarados, residentes en esas áreas (niños en edad escolar, adultos desocupados o sub-empleados, amas de casa que acompañaban a sus hijos pequeños, ancianos sin recursos, etc.), 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”. 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” (p. 48).

El segundo tema asociado con el diseño e implementación de estos programas de nutrición está definido por su característica natural focalizada. Se identifica la población a ser subsidiada y ese subsidio puede ser visto como un mecanismo de estigmatización. Dependiendo de la estructura de selección, se puede incurrir en errores como la falta de incorporación de individuos que debían ser incluidos o la incorporación de aquellos que no requerían ser incorporados. Vinocur y Halperin (2004) mencionan que, las evaluaciones de los programas sociales “confirmaron una correcta focalización, encontrando que la mayoría de los beneficiarios era efectivamente pobre. Sin embargo, estos estudios olvidaban considerar a los no incluidos; es decir, que las evaluaciones alcanzaban a un universo más limitado que el que debieran por definición” (p. 56).

Otro de los temas tradicionales que generan problemas de identificación es la dinámica de este proceso. Se fija un programa y, a partir de él, se establece un mecanismo de distribución de fondos. Al no ser dinámico, no logra capturar a nuevos beneficiarios o no logra excluir a aquellos que mejoraron sus condiciones de alimentación.

En un informe del CESNI (2003), especialistas en el tema evalúan 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 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” (p. 11).

NUTRICIÓN Y PERFIL SOCIO SANITARIO DE LA ARGENTINA

Los datos generados recientemente por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud permiten establecer un diagnóstico del estado nutricional antropométrico y bioquímico de la población, y la posibilidad de construir un diagnóstico de situación posterior a la implementación de diversos programas nutricionales durante los últimos 25 años.

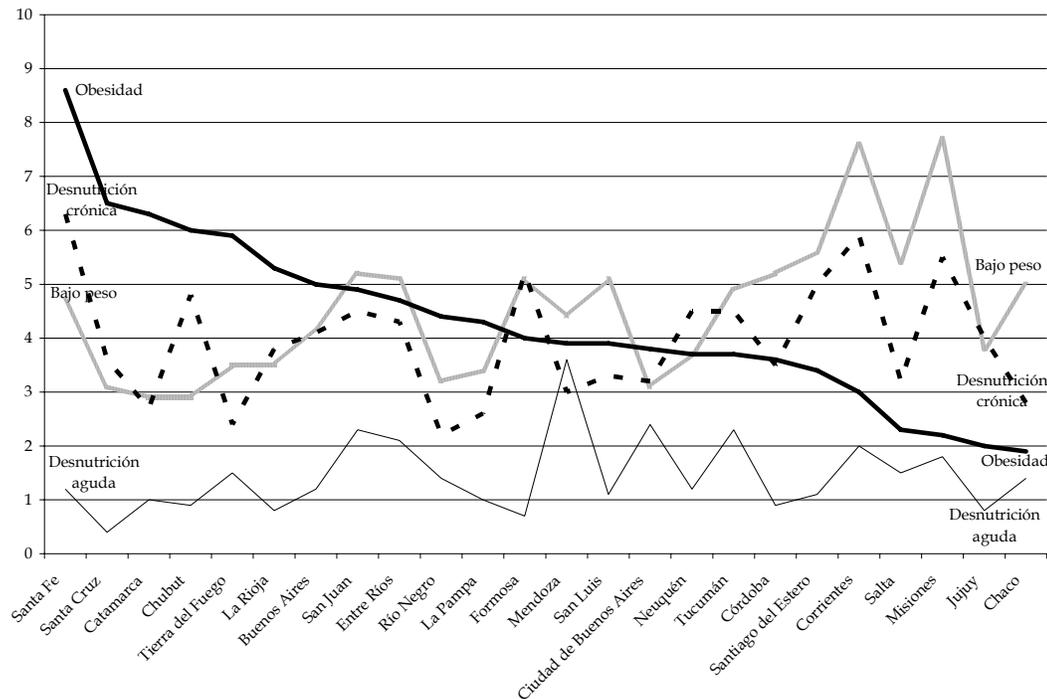
Dicho relevamiento ofrece datos en relación al estado nutricional y la salud de mujeres y niños en los tres niveles:

- Nivel provincial: Niños de 6 meses a 5 años.
- Nivel regional: Niños de 6 a 23 meses, niños de 2 a 5 años y mujeres de 10 a 49.
- Nivel nacional: Mujeres embarazadas.

En términos generales, de acuerdo al diagnóstico antropométrico, el problema nutricional más importante de los niños entre 6 meses y 5 años es el **bajo peso** (peso/edad). En segundo lugar, emerge como una problemática nutricional a nivel nacional la **obesidad** en niños de dicha franja etaria. La desnutrición aguda, no se presenta como una problemática significativa.

Debido a que las realidades provinciales son diferentes, se requieren intervenciones específicas de acuerdo a las necesidades de su población. El siguiente gráfico lo demuestra:

Gráfico 1: Niños/as de 6 a 72 meses según diagnóstico antropométrico nutricional, por provincias. En %



Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

Av. Callao 25, 1ºB • C1022AAA Buenos Aires, Argentina

Tel: (54 11) 4384-9009 • Fax: (54 11) 4371-1221 • info@cippec.org • www.cippec.org

Una vez más, **la inequidad en los indicadores sanitarios se hace presente en nuestro país**. El gráfico ilustra claramente la brecha en cuanto al estado nutricional de la población de las provincias argentinas. Respecto al **bajo peso**, la brecha es de hasta 3 veces entre la provincia que se encuentra en mejor situación (Chubut con 2.9) y la que se encuentra en condiciones más desfavorables (Misiones con 7.7). En cuanto a la **desnutrición crónica** la diferencia también se triplica (Río Negro con 2.2 frente a Santa Fe con 6.3). Respecto a la **desnutrición aguda** la brecha se multiplica por 9 (Santa Cruz con 0.4 y Formosa con 3.6). Finalmente, también existe una diferencia en cuanto a la **obesidad** de hasta casi 9 veces (Chaco con 1.9 y Santa Fe con 8.6).

Si observamos estos datos por regiones, las diferencias continúan acentuándose. Mientras en el **Gran Buenos Aires** (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense), el principal problema nutricional es la obesidad, también existen altos niveles de desnutrición crónica y bajo peso.

En la Región de **Cuyo** (Mendoza, San Juan y San Luis), se registró un predominio de niños con bajo peso así como altos niveles de obesidad. Por su parte, el **NEA** (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones) lidera en la problemática del bajo peso aunque también presenta una gran cantidad de niños con una talla inferior a la normal para la edad (desnutrición crónica).

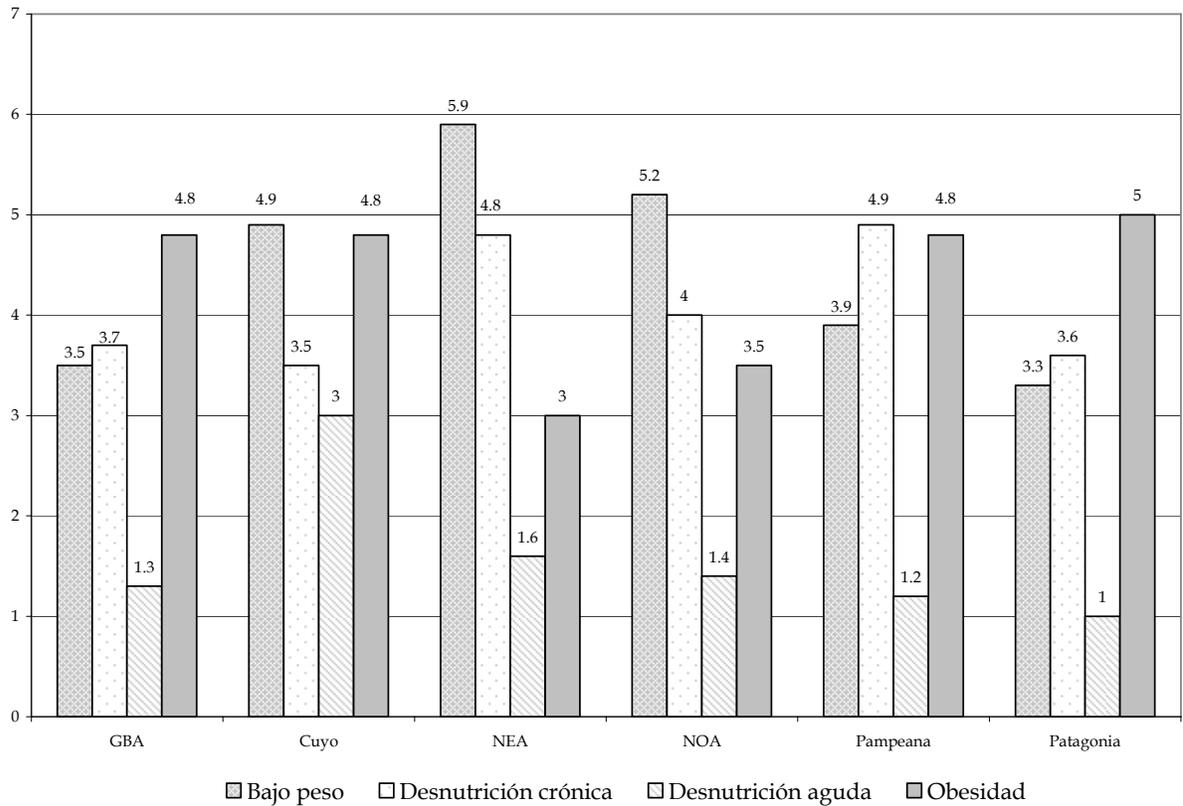
La Región del **NOA** (Catamarca, La Rioja, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán) presenta una situación similar a la del NEA aunque en menores proporciones, excepto en el caso de la obesidad, donde se acerca a la proporción de la baja talla para la edad.

En la Región **Pampeana** (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe) la situación cambia. Si bien se mantiene en altos niveles la problemática de la desnutrición crónica, la obesidad se muestra como predominante con proporciones similares a la región de Cuyo y el Gran Buenos Aires.

Finalmente, la Región **Patagónica** (La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego) muestra los mayores niveles de obesidad del país. Este se presenta como el principal problema nutricional. En menor medida, se presentan la desnutrición crónica y el bajo peso.

El siguiente gráfico expresa la información plasmada en los párrafos precedentes:

Grafico 2: Niños/as de 6 a 72 meses según diagnóstico antropométrico nutricional, por regiones. En %



Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

Las provincias del NEA y NOA, en términos nutricionales, son las que presentan más niños con bajo peso (peso/edad) y desnutrición crónica (talla/edad). Asimismo, son las que cuentan con los mayores índices de mortalidad infantil, mortalidad de niños de 1 a 4 años, mortalidad materna, población con NBI, población sin cobertura.

La tabla que se presenta a continuación detalla dichos resultados para cada una de las provincias.

Tabla 1: Diagnóstico antropométrico y prevalencia de anemia e indicadores sanitarios y socioeconómicos. Por provincia.

Provincia	% Bajo peso (1)	% Desnutrición crónica (1)	% Desnutrición aguda (1)	% Obesidad (1)	% Prevalencia de Anemia (1)	% de bajo peso al nacer (2)	Tasa de Mortalidad infantil (3)	Tasa de Mortalidad de niños 1-4 (4)	Tasa de Mortalidad materna (5)	% Población sin cobertura (6)	% Población con NBI (7)
Total país	4,2	4,2	1,4	4,4	16,5	7,5	13,3	0,6	3,9	48,1	17,7
Buenos Aires	4,2	4,1	1,2	5	18	7,7	13	0,5	2,7	48,8	15,8
C. A. B. A.	3,1	3,2	2,4	3,8	11,9	6,9	8	0,4	0,7	26,2	7,8
Catamarca	2,9	2,7	1	6,3	16	6,9	11,9	0,4	6,9	45	21,5
Chaco	5	2,8	1,4	1,9	36,2	7,4	19,9	0,9	5,2	65,5	33
Chubut	2,9	4,8	0,9	6	14,4	6,3	11,7	0,4	2,3	39,5	15,5
Córdoba	5,2	3,5	0,9	3,6	11,7	7,9	11,9	0,5	2,5	45,8	13
Corrientes	7,6	5,9	2	3	16,5	7,6	18,2	0,6	9,6	62,1	28,5
Entre Ríos	5,1	4,3	2,1	4,7	16,7	8,3	13,2	0,6	4,1	48,7	17,6
Formosa	5,1	5,2	0,7	4	9,8	7,8	22,9	1,2	16,4	65,8	33,6
Jujuy	3,8	4	0,8	2	21,5	7	16,1	0,9	8,5	54,2	28,8
La Pampa	3,4	2,6	1	4,3	16	6,9	11,4	0,7	1,8	45,5	10,3
La Rioja	3,5	3,8	0,8	5,3	19,8	8,5	15	0,5	15	40,8	20,4
Mendoza	4,4	3	3,6	3,9	11,6	7	11,3	0,7	4,8	50,6	15,4
Misiones	7,7	5,5	1,8	2,2	19,7	7,1	14,6	0,8	6,8	57,8	27,1
Neuquén	3,7	4,5	1,2	3,7	18,6	5,9	9,9	0,5	5,8	48,7	17
Río Negro	3,2	2,2	1,4	4,4	13,1	6,4	9,4	0,5	1,8	49,9	17,9
Salta	5,4	3,2	1,5	2,3	21	6,6	14,3	1	5,7	60,4	31,6
San Juan	5,2	4,5	2,3	4,9	7,9	7,6	16,7	0,7	3,5	53	17,4
San Luis	5,1	3,3	1,1	3,9	8,8	7,8	16	0,4	2,5	51,6	15,6
Santa Cruz	3,1	3,6	0,4	6,5	14,6	7,1	11	0,5	2	29,2	10,4
Santa Fe	4,7	6,3	1,2	8,6	13,2	7,9	12,4	0,6	3,1	42	14,8
Sgo. del Estero	5,6	5	1,1	3,4	14,3	5,9	11,7	0,6	5,7	63,7	31,3
T. del Fuego	3,5	2,4	1,5	5,9	23,2	5,5	6,7	0,7	8,4	30,1	14,1
Tucumán	4,9	4,5	2,3	3,7	13,5	7,4	16,2	0,6	3,5	48,2	23,9

Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) e Indicadores Básicos 2007 del Ministerio de Salud de la Nación.

Notas: (1) Porcentaje de niños/as de 6 a 72 meses, según diagnóstico antropométrico y prevalencia de anemia. ENNyS 2005

(2) Porcentaje de niños de bajo peso al nacer (< 2.500 gr.) 2005. MS Serie N° 49/06

(3) Tasa de Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) 2005. MS Serie N° 49/06

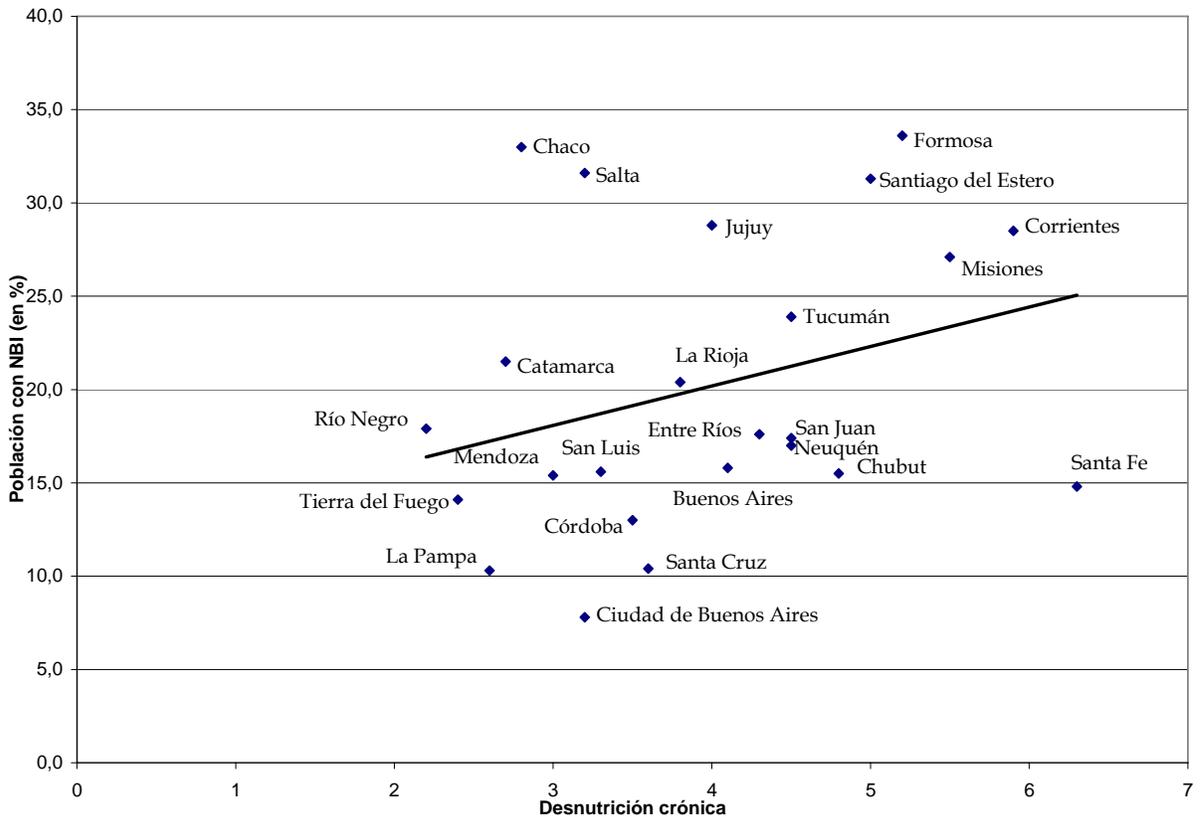
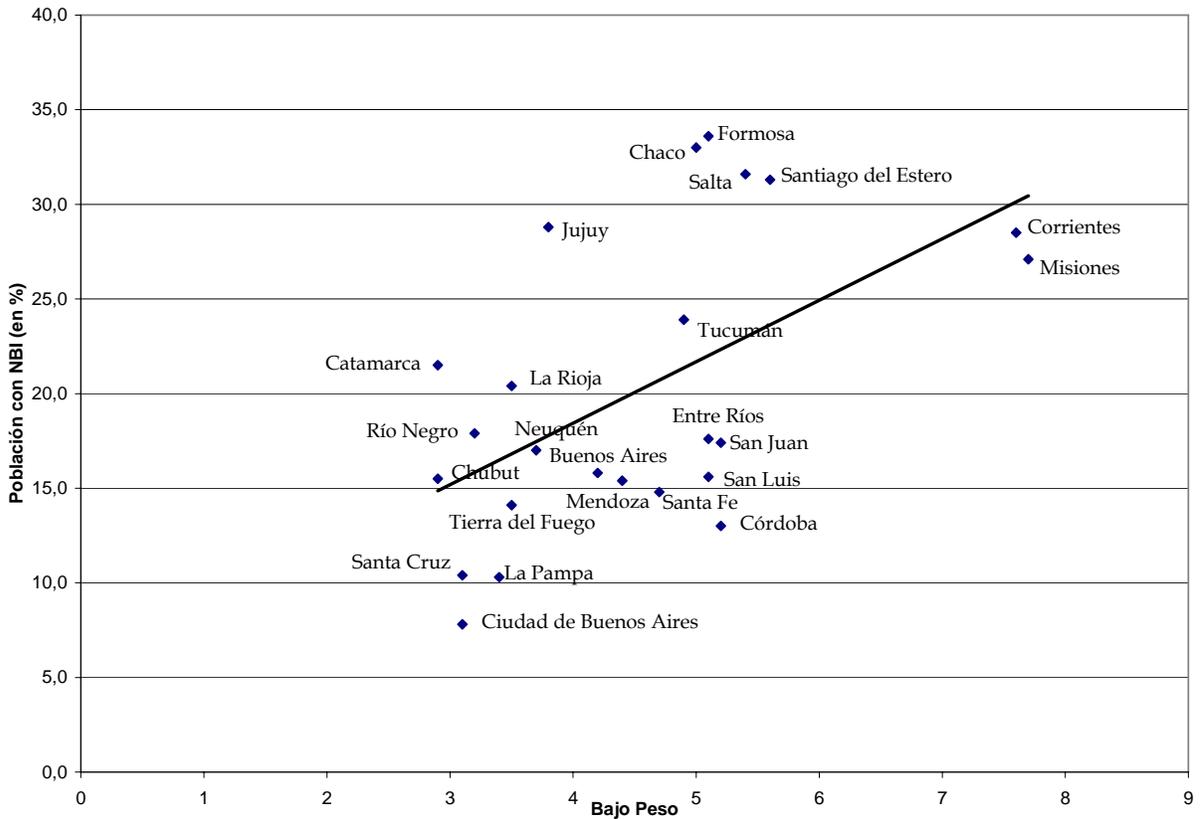
(4) Tasa de Mortalidad de niños de 1 a 4 años (por mil niños de 1 a 4 años) 2005. MS Serie N° 49/06

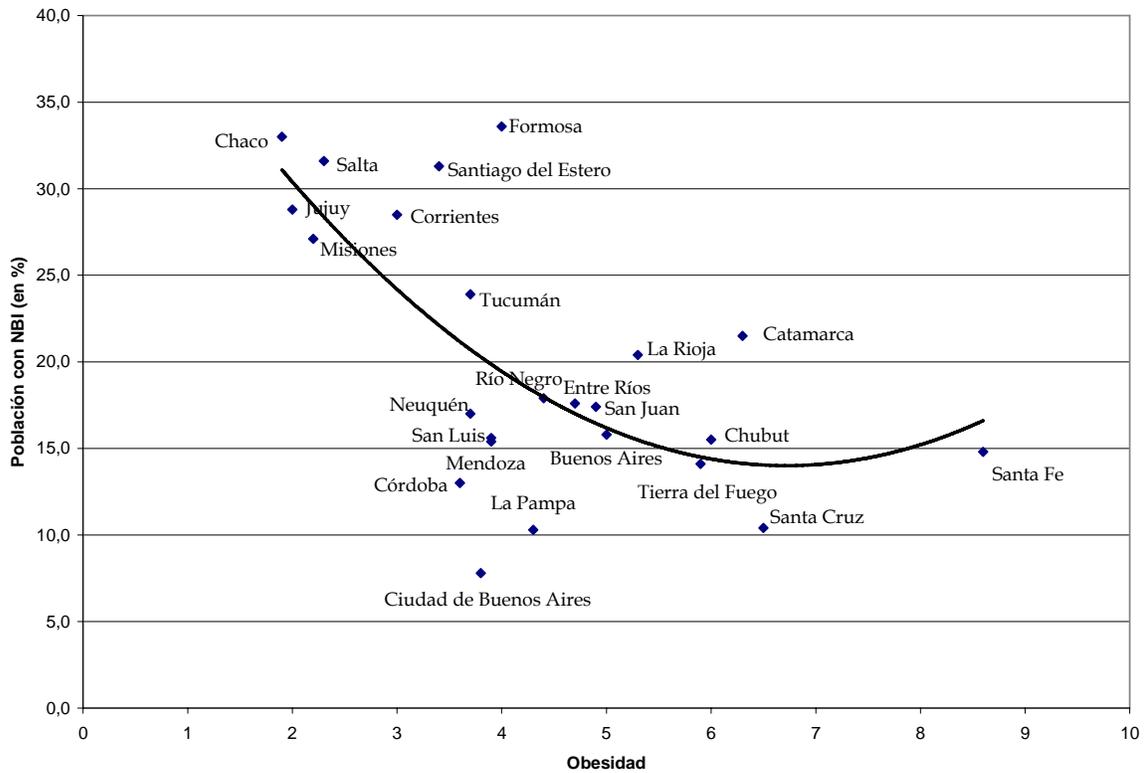
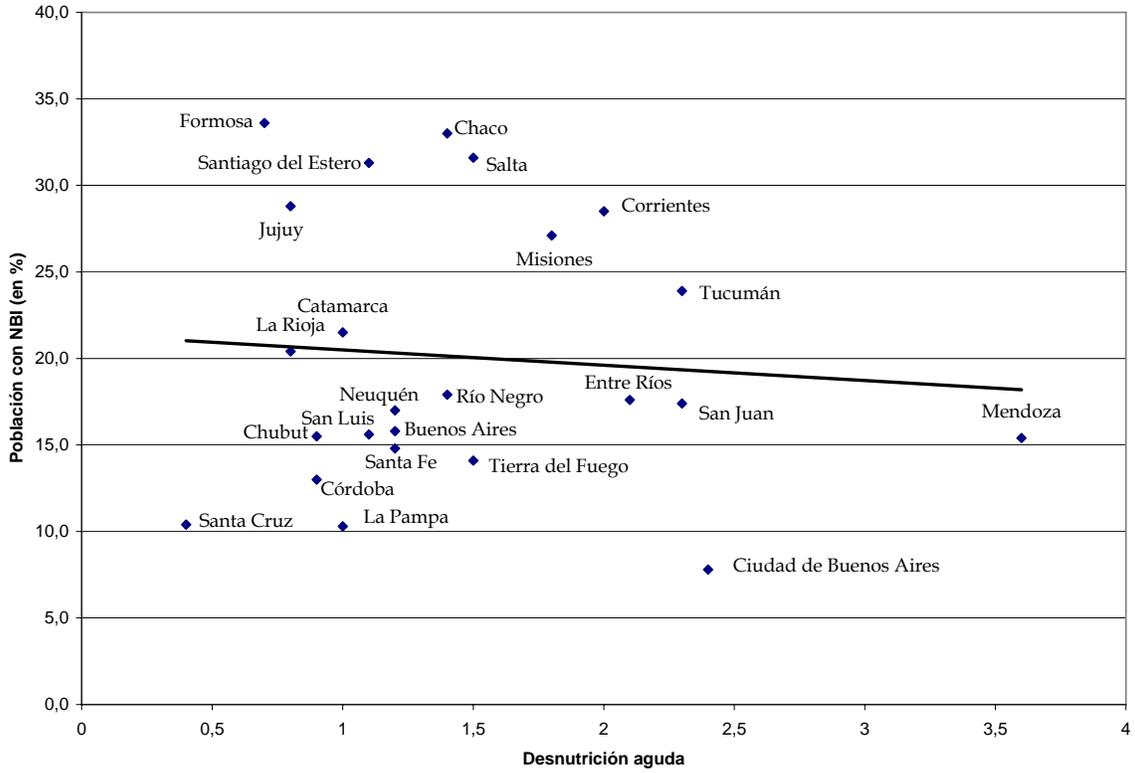
(5) Tasa de Mortalidad materna (por diez mil nacidos vivos) 2005. MS Serie N° 49/06

(6) Porcentaje de población sin cobertura de Obra Social o Plan Médico 2001. INDEC.

(7) Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) 2001. INDEC.

Gráfico 3: Diagnóstico antropométrico según población con NBI, por provincia





Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud e INDEC, 2001.

Dichos gráficos permiten establecer evidencia de que **las provincias con mayor proporción de habitantes con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) tienen mayores niveles de desnutrición crónica** (baja talla para la edad) y **bajo peso** (bajo peso para la edad). Cabe aclarar que el bajo peso es una medida general que no expresa ningún problema nutricional central. Se trata de un parámetro muy general que no define deficiencias específicas.

En el caso de la **desnutrición aguda** (bajo peso para la talla), se advierte que los datos relevados no son significativos. Alcanza proporciones relativamente bajas y no presenta una tendencia marcada en relación a la población con NBI.

En el caso de la **obesidad** (alto peso para la talla), existen dos polos de alta prevalencia a lo largo de la escala de poder adquisitivo. En los niveles socioeconómicos más bajos, esta alta prevalencia se asocia a la ingesta de calorías vacías (derivados de los hidratos de carbono). En el caso de los sectores socioeconómicos más altos, esta problemática se relaciona con los malos hábitos alimentarios y el sedentarismo.

En este sentido, existen miradas especializadas en el tema que intentan poner el acento en la no asociación mecánica entre pobreza-desnutrición y obesidad-opulencia (ENCUNA, 2004).

La obesidad es un producto de la malnutrición. Los sectores de menores recursos logran acceder a alimentos cuantitativa y cualitativamente inadecuados. La alimentación está compuesta mayormente por hidratos de carbonos (cereales y pan) y productos concentrados en azúcares y grasas de origen animal omitiendo las frutas, hortalizas, lácteos y aceites vegetales (Britos y Costa, 2008).

Una de estas formas de acceso son, muchas veces, los Programas Alimentarios. Éstos, a través de los comedores o de las cajas de alimentos, mejoran la brecha de inseguridad alimentaria en términos cuantitativos. Sin embargo, la calidad nutricional de las prestaciones ofrecidas sigue siendo inequitativa ya que aportan los alimentos de bajo costo que no rehabilitan cualitativamente la situación de desnutrición predominante.

Una alimentación inadecuada en cantidad, calidad o deficiencia de micronutrientes, tales como hierro, vitamina A, vitamina B₁₂, vitamina D, folato, calcio y yodo provoca desnutrición, con consecuencias visibles en el deterioro del proceso de aprendizaje. Asimismo, genera un deterioro funcional del sistema inmunológico.

La deficiencia de micronutrientes sostenida en el tiempo, así como la suma de episodios de desnutrición aguda, puede derivar en baja talla para la edad. Esta problemática resulta irreversible ya que, si bien el niño puede recuperar el peso, la baja talla no se ve modificada.

Para prevenir estas deficiencias, en el año 2000, primero por decreto y luego con la aprobación de la ley 25.459, se normó la fortificación de la leche distribuida a través de los

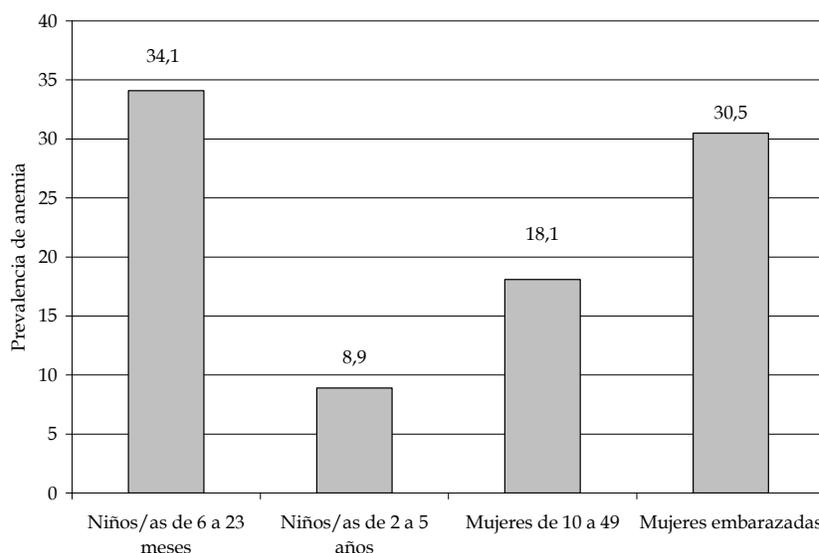
programas alimentarios nacionales con hierro, zinc y vitamina C. Dos años después, la Ley N° 25.630 aprobó el enriquecimiento de las harinas³.

La fortificación con hierro se orienta a combatir la prevalencia de anemia oculta. La ausencia de relevamientos de alcance nacional previos a la implementación de estas leyes no permite hacer una evaluación acertada de la efectividad que han tenido. Sin embargo, existen encuestas provinciales anteriores que han registrado proporciones de población con anemia mucho más elevados a los de la última Encuesta.

A pesar de esta importante mejora en este índice nutricional que se ha venido experimentando gracias a este tipo de medidas, la prevalencia de **anemia** sigue siendo una manifestación relevante de las deficiencias en el estado nutricional de la población argentina.

De acuerdo a los últimos datos disponibles (ENNyS, 2005), a nivel nacional, **la anemia afecta principalmente a los niños más pequeños (de 6 a 23 meses) y a las mujeres embarazadas.**

Gráfico 4: Prevalencia de anemia, según edad



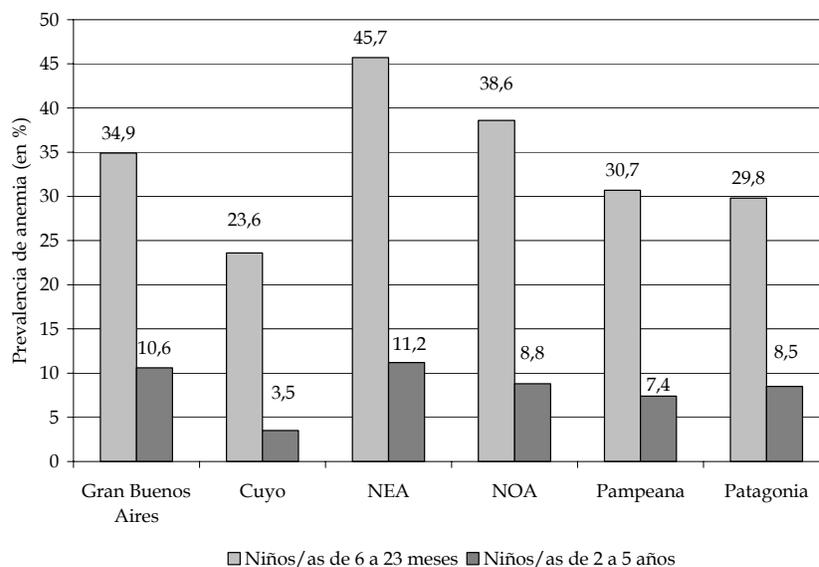
Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

Según las regiones geográficas del país, la distribución de los niños con anemia profundiza la tendencia de los más chicos (de 6 a 23 meses). Los niños de esta franja etárea de las regiones del norte del país son los más afectados. Los mayores (de 2 a 5 años) alcanzan proporciones superiores en la región del Noreste Argentino y la zona metropolitana que

³ Esta ley establece que la harina de trigo comercializada en el país para el consumo debe contener "hierro (30 mg por kg), ácido fólico (2,2 mg por kg), tiamina B1 (6,3 mg por kg), riboflavina B2 (1,3 mg por kg) y niacina (13,0 mg por kg)". Según la ley, estos componentes ayudan a prevenir la anemia y las malformaciones del tubo neural (encefalía y espina bífida).

abarca el Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La menor cantidad de casos, para ambas edades, los presenta la región de Cuyo.

Gráfico 5: Prevalencia de anemia en niños por regiones, según edad



Fuente: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

Por ello, son fundamentales las acciones de promoción de la salud que ofrecen control prenatal e infantil.

Para prevenir la desnutrición se recomienda la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continua durante los primeros dos años, así como ofrecer al niño una alimentación complementaria adecuada y oportuna. Por su parte, la educación alimentaria nutricional para madres y padres en función del mejoramiento de la alimentación de sus hijos es fundamental. Y dado que esta problemática también adquiere proporciones significativas en las mujeres embarazadas, es menester mejorar la alimentación de las madres para evitar riesgos en su salud y en la de sus hijos.

Por ello, como se verá, la mayoría de los programas analizados en el documento focalizan la atención de los niños pequeños (principalmente, aquellos que ya no se alimentan mediante la lactancia materna ni son aún beneficiarios de los Comedores Escolares) y en las mujeres embarazadas y/o en edad fértil.

En síntesis, **las alteraciones prevalentes del estado nutricional son la anemia, la desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad.** Estas alteraciones están íntimamente relacionadas con el **nivel socioeconómico de la población.** **Las regiones Pampeana, NEA y NOA son las más afectadas por la desnutrición crónica,** trayendo aparejadas consecuencias en el desarrollo cognitivo de los niños, entre otros problemas. Por su parte, **la obesidad es el principal problema nutricional en niños y mujeres a nivel nacional.** Prevalce en la Ciudad de Buenos Aires, en el Conurbano Bonaerense y en la Región Patagónica, y también adquiere altas proporciones en la Región de Cuyo y en la Región Pampeana.

ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS NUTRICIONALES

Para sanear la problemática nutricional que se observa en la última encuesta y que ha venido aquejando, principalmente a los sectores de menores recursos, el Estado Nacional ha impulsado Programas Alimentarios cuya población beneficiaria han sido principalmente niños, mujeres embarazadas y ancianos desprotegidos.

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 fueron adquiriendo diseños más focalizados. Se inició un proceso de descentralización paulatina de la gestión de los proyectos y 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, quienes se encargan de distribuirla entre los beneficiarios.

El **PROSONU**⁴ y el **PROSOCO**⁵ 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 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.

⁴ 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.

⁵ 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.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS NACIONALES

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. Por problemas en la distribución de estos bonos, los mismos fueron suspendidos al poco tiempo.

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 neonatológicas de hospitales, centros de salud, laboratorios y comedores escolares, guarderías y jardines de infantes que se reacondicionaban como Centros de Desarrollo Infantil (CDI). 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 dieciséis 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 CDI.

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

Durante la primera etapa del Programa - entre el año 1993 y el año 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. Éstas 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 ONG, que las Unidades Coordinadoras del programa distribuían en cada región.

La norma alimentaria nutricional pautada desde el nivel central estableció la cobertura aproximada de 1500 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 NBI. Este Programa tuvo tres modalidades.

En primer lugar, mejoró y transformó los comedores infantiles en Centros de Cuidado Infantil (CCI). Los mismos eran similares a los CDI del PROMIN, aunque éstos últimos adicionalmente estimulaban la articulación con el Centro de Salud. Tanto los CDI como los CCI 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 año 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 año 1999 y el año 2002, aprobado por el Decreto 843/99, se implementa el Cuarto Proyecto de Protección Social (PRODESO) que, con la enmienda del año 2002, se bifurcaba 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/o servicios comunitarios. Se aplica en diecisiete 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 año 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 adquirieran y distribuyan los alimentos.

En el año 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 NBI 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 año 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 a fines del año 2001 en nuestro país. Se creó en el año 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 éstas 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 alimentos⁶ 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.

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.

⁶ El 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).

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 preestablecidos. 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 empezado 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 una deficiencia 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.

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS PROGRAMAS

¿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, ProHuerta, 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 Buenos Aires; y el FOPAR, en 15.

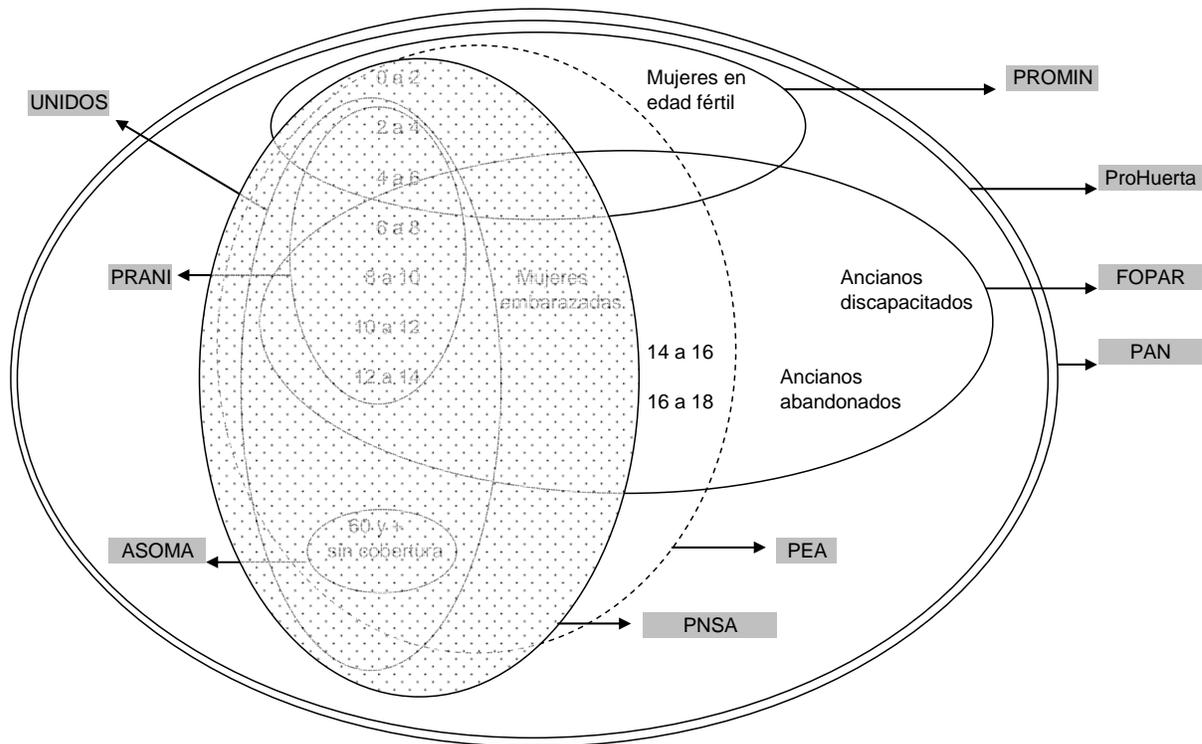
Tabla 2: Focalización geográfica de los programas alimentarios

	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 Fe	✓	✓	✓	✓	✓	Rosario y Santa Fe	✓	✓	✓
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).

Como muestra el Gráfico 6, la focalización etaria de la población beneficiaria en cada uno de los programas alimentarios nacionales no presenta 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 6 años y mujeres en edad fértil), el PRANI (niños de 2 a 14 años) y el ASOMA (ancianos).

Gráfico 6: Población beneficiaria de los programas alimentarios



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 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.

Tabla 3: 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 y 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
	Ancianos	✓	*	✓	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).

¿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 la producción de la misma. 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.

Tabla 4: 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	×	×	×	×	×	×	×	✓	✓
Comedores 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	Insumos 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	Reparación y/o adecuación de la infraestructura existente Equipoamiento 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 (2004).

Como se observa en el Gráfico 7, 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 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”.

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**. 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.

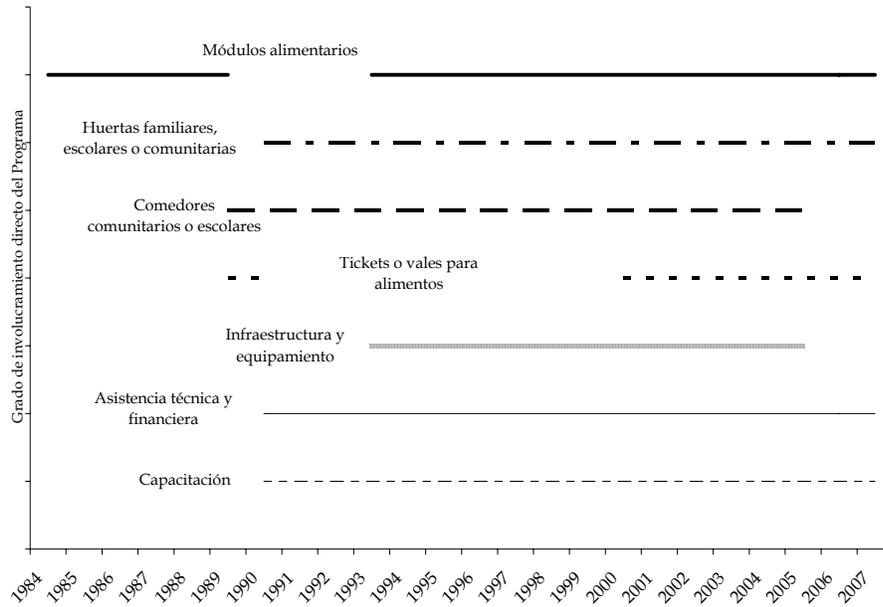
Por su parte, los **vales y/o tickets**, que son una modalidad complementaria y relativamente nueva⁸, suelen tener una cobertura menor a la de los módulos alimentarios y permite a los beneficiarios adquirir los alimentos en comercios preestablecidos. Este tipo de prestación pone en agenda la educación alimentaria para fortalecer en la población una cultura nutricional saludable.

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

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 hiperinflacionaria. Esta prestación tuvo muy corta duración.

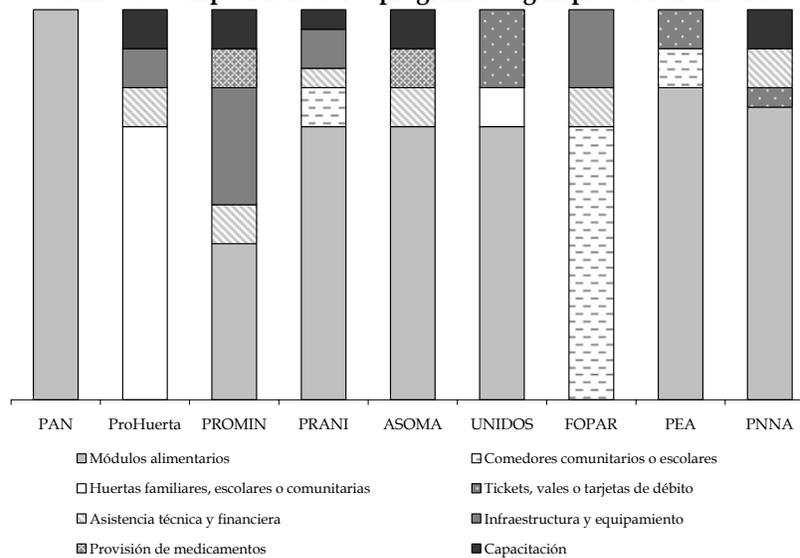
Gráfico 7: Tipo de prestaciones de los programas alimentarios argentinos, según el grado de involucramiento directo del Programa (1984-2007)⁹



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

El gráfico siguiente da cuenta de la composición de cada uno de los programas analizados, de acuerdo a la relevancia asignada a la prestación ofrecida.

Gráfico 8: Composición de los programas según prestación ofrecida



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

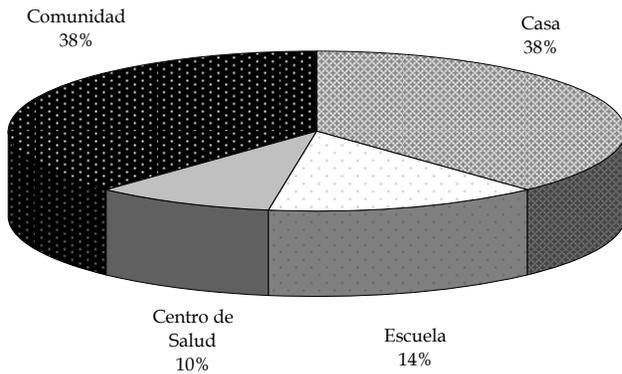
⁹ En este esquema se incluye al PROSOCO y al PROSONU. Por ello, los aportes de los comedores comunitarios y escolares a la política alimentaria en general no se interrumpen el período de crisis hiperinflacionaria.

¿Dónde se aplican finalmente los programas?

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

Como muestra el Gráfico 9, los programas alimentarios han sido aplicados fundamentalmente en la comunidad (38%) y en la casa del beneficiario (38%).

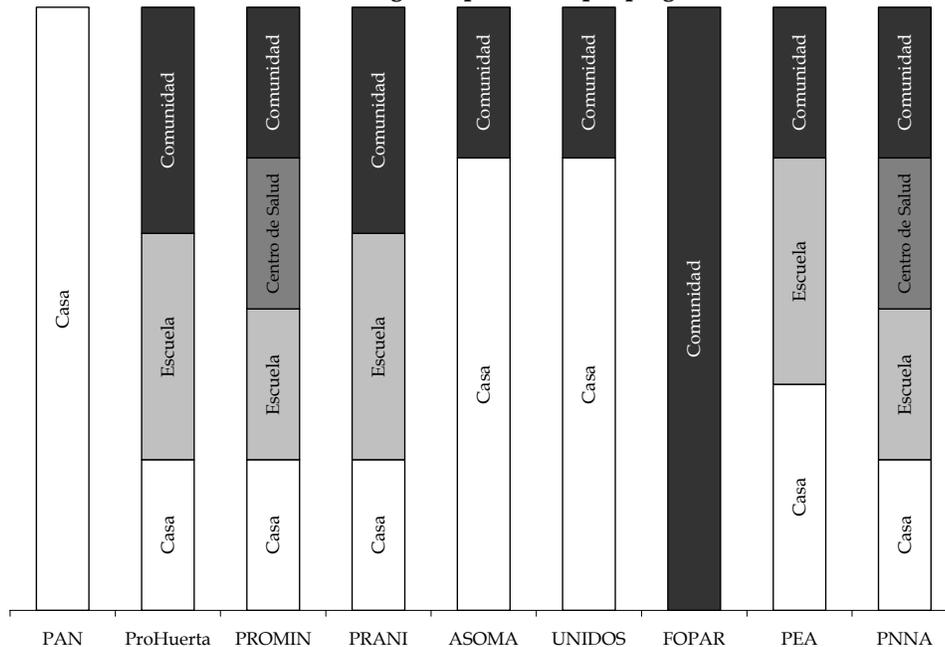
Gráfico 9: Lugar de prestación de los programas



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 CDI del PROMIN. El gráfico que sigue describe esta clasificación por programa.

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

Gráfico 10: Lugar de prestación por programa



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

¿Cómo se ejecutan los programas?

Como se observa en la Tabla 5, 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.

Tabla 5: 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).

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 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 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.

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. 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, nos permite algunas reflexiones acerca de sus resultados en función del estado actual nutricional de nuestra población.

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 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 6 de los 9 programas analizados, mientras tanto la asistencia y la capacitación integran la estructura de 5 de los 9 programas.

En cuanto a la participación, se observó una mayor presencia de los 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 poder ser implementados.

Esto último nos 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 en la política pública. Ello influye en la sustentabilidad en el tiempo y la efectividad en los resultados.

Cabe resaltar 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 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 siguen siendo 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.

Los principales problemas nutricionales de la población que identifica este estudio son la anemia, la desnutrición crónica y la obesidad. Estas problemáticas están íntimamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la población.

Las regiones Pampeana, NEA y NOA son las más afectadas por la desnutrición crónica, trayendo aparejadas consecuencias irreversibles en los niños (principalmente en el área de desarrollo neurocognitivo).

Por su parte, la obesidad es el principal problema nutricional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el conurbano bonaerense y la Región Patagónica. También adquiere altas proporciones en la Región de Cuyo y en la Región Pampeana. Esta problemática está relacionada con el acceso a los alimentos. Los sectores de menores recursos acceden a una escasa variedad de nutrientes, muchas veces de alto nivel calórico. Mientras tanto, los lácteos, las frutas y las verduras son escasos en sus dietas.

En términos generales, un aspecto a considerar para revertir esta situación podría ser el fortalecimiento de las capacidades de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) como lugar apropiado para mejorar el nivel de las familias en la definición y asunción de un rol activo y responsable en la práctica de la nutrición. Para ello, los CAPS deberían contar con equipos interdisciplinarios compuestos por pediatras, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeras.

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 las 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.

Britos, Sergio y Costa, Ramiro: *Seguridad Alimentaria y Nutricional y Políticas Públicas. El caso argentino 2001-2007*, Mimeo, Buenos Aires, 2008.

Calvo, Elvira (dir.): *Estudio multicéntrico sobre alimentación y riesgo de desnutrición infantil*, Beca "Ramón Carrillo - Arturo Oñativia", Ministerio de Salud, CONAPRIS, Buenos Aires, 2003.

CESNI: *Estado Nutricional de Nuestra Población Infantil e Información sobre su Alimentación. En Reflexiones y Propuestas a partir de la emergencia alimentaria*, CESNI, Buenos Aires, 2002.

Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005, *Documento de Resultados 2007*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2007.

ENCUNA - *Estudio nutricional y de las condiciones de vida de la niñez pobre del norte argentino*, Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea - Cruz Roja Alemana - Cruz Roja Argentina - KNACK S. A. Investigación y Consultoría, Buenos Aires, 2004.

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

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", 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 de Alimentos: www.bancodealimentos.org.br

Banco Mundial: www.bancomundial.org.ar

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: www.indec.gov.ar

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

Médicos Municipales. Nota *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. Nota *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, Unidad de Desarrollo Social y Educación: 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 Rosenstein-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.

Se 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).

Si desea citar este documento: Maceira, D. y Stechina, M.: "Salud y Nutrición. Problemática alimentaria e intervenciones de política en 25 años de democracia", *Documento de Trabajo*, CIPPEC, Buenos Aires, febrero 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 Políticas, Gestión Pública Local e Incidencia de la Sociedad Civil.