

**TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA PROGRAMAS
ALIMENTARIOS EN LAS PROVINCIAS:
UN ANALISIS DE LO SUCEDIDO EN LOS AÑOS '90***

Coordinador de la investigación: Fabián Repetto

Equipo de investigación: Karina Ansolabehere, Gustavo Dufour, Carina Lupica y Fernanda Potenza

Asesor: Horacio Rodríguez Larreta

Documento 54

Octubre de 2001

* Elaborado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia.

PRESENTACION GENERAL

En el último cuarto de siglo, en particular en los años '90, han ocurrido una serie de importantes transformaciones que redefinieron la relación entre el Estado y el mercado, así como entre las distintas jurisdicciones propias de un país federal. En ese marco, también el sistema de políticas sociales ha sufrido cambios de relieve. Entre ellos cabe destacar las distintas expresiones de la descentralización (al menos en cuanto a su expresión de transferencia de responsabilidades hacia niveles inferiores de gobierno) que se pusieron de manifiesto en los casos de educación y salud, así como en lo referido a ciertos recursos destinados a programas alimentarios. Tales cambios se expresaron, por ejemplo, en el modo en que se han redefinido las responsabilidades sobre el manejo del gasto social, una vez descontado el gasto previsional. De hecho, entre 1980-1997 el gasto social provincial y municipal en sectores sociales pasó del 65,15% al 82,9% del gasto público social total.

En ese marco se inscribió la investigación llevada adelante en el año 2000 por un equipo de investigadores del Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (Fundación Gobierno y Sociedad) y el Grupo Sophia, la cual se concentró en los sectores de salud y educación, así como en los recursos asociados a las intervenciones alimentarias. Tomando en cuenta la importancia creciente que ha ido adquiriendo la gestión social en el plano provincial como expresión del doble proceso de reforma estatal y cambios en la institucionalidad de las políticas sociales, así como la ausencia de información sistematizada al respecto, los propósitos de este estudio se centraron en diagnosticar la forma en que el proceso de descentralización sectorial se expresó de manera diversa según las características propias de las diferentes jurisdicciones provinciales y de las derivadas de la relación con el nivel nacional del Estado. Esto habría de facilitar insumos, asimismo, para reflexiones analíticas de carácter comparado, tanto a nivel de sectores o áreas de intervención social como de entidades subnacionales.

Para cumplir con el objetivo central de la investigación, se trabajó con técnicas cualitativas de relevamiento de información: se analizó documentación de los servicios y programas sociales analizados (normativa, organigramas, documentos de programas) e información secundaria (estadísticas socioeconómicas, información presupuestaria, de prestaciones y beneficiarios atendidos). También, se realizaron entrevistas

semiestructuradas a funcionarios nacionales y provinciales e investigadores de estas temáticas, considerados referentes claves a los fines de este estudio.

Ante la dificultad de analizar la descentralización de las políticas sociales (en los sectores seleccionados) desde Nación a todas las provincias argentinas, elegimos cuatro de ellas siguiendo criterios que permitiesen nuclear “grupos de provincias” en función de diversos aspectos socioeconómicos, políticos y administrativos, con el objetivo de elegir una provincia de cada grupo y trabajar sobre ella como caso testigo. De este modo se seleccionó a Buenos Aires, Chaco, Mendoza y Neuquén.

Los participantes del estudio, así como las instituciones auspiciantes, deseamos agradecer el apoyo brindado por un amplio número de personas, que de una u otra manera colaboraron para que esta investigación se pudiera llevar a cabo. La responsabilidad por los errores u omisiones que aún perduran es exclusiva responsabilidad del coordinador del equipo.

TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA PROGRAMAS ALIMENTARIOS EN LAS PROVINCIAS: UN ANALISIS DE LO SUCEDIDO EN LOS AÑOS '90

INTRODUCCIÓN

En el marco de las reformas estructurales que experimentó Argentina durante la década del 90, las acciones de asistencia social estuvieron asociadas a tendencias más amplias, como la dinámica económica, la descentralización de los servicios y recursos del área social y nuevos instrumentos de gestión. En este contexto, se produce un movimiento cruzado mediante el cual las políticas alimentarias y nutricionales se asistencializan perdiendo potencia en tanto intervenciones nutricionales y de complementación del ingreso familiar, a la vez que las políticas de asistencia y promoción social (programas de combate a la pobreza) se orientan fuertemente hacia la entrega de alimentos a la población más pobre. En esta línea de análisis, no puede dejar de mencionarse que este movimiento asume como supuesto que el aumento de la pobreza en la Argentina está asociado a un aumento del hambre. A pesar de que los índices fluctuantes de población bajo la línea de indigencia no permiten inferir una tendencia clara respecto a las carencias alimentarias, dicen mucho sobre las deficiencias en el ingreso de una parte importante de la sociedad argentina.

En consonancia con esta tendencia desde el Estado se realizan algunos cambios institucionales. A mediados de la década se crea una instancia específica dependiente directamente de la Presidencia de la Nación, la Secretaría de Desarrollo Social (SDS), desvinculando la “Acción Social” del Ministerio de Salud. Esta decisión se corresponde con el espíritu de la época, legitimado por las nuevas recomendaciones de los organismos multilaterales de crédito, desde la certeza que las reformas económicas pro-mercado, luego de un primer momento de ajuste y posterior expansión, no necesariamente derramarían los beneficios del crecimiento a todos los sectores sociales.

Sin embargo, no puede desconocerse que pese a estos cambios de denominación y también en las formas de organización, no se alteró (aunque adquiere formas renovadas) lo

que aquí se denominará *la matriz de la asistencia social*¹ en la trayectoria de las políticas frente a la pobreza en Argentina y por oposición a ésta, de la *matriz de atención primaria de la salud*. Entre las características distintivas de la primera matriz se encuentran fundamentalmente: a) su baja institucionalización² formal (y por ende su alta institucionalización informal) cuyo principal indicador es la existencia de marcos legales y procedimientos difusos sobre todo en la asignación de fondos y prestaciones, en la evaluación de resultados, ausencia de premios y castigos efectivos; b) su orientación a la obtención de resultados rápidos y visibles; c) la alta rotación de programas y funcionarios; y d) la transferencia de la responsabilidad en la ejecución a terceros con baja capacidad de control. Por su parte, analíticamente se definirán como características distintivas de la segunda matriz las opuestas a la primera: a) alta institucionalización formal; b) su orientación al largo plazo; c) la permanencia de programas y funcionarios; y d) la transferencia de responsabilidades a terceros con capacidad de control³.

Muchos y difusos son los usos que se otorga al término asistencia social, o políticas asistenciales, aquí se las entenderá en el sentido dado por Tenti (1989) como *aquellas políticas destinadas a atender las necesidades específicas de los sectores más “carenciados” que exceden las intervenciones de las políticas especializadas, fundamentalmente salud, educación y previsión social*.

El presente documento se enfocará en el análisis de las implicancias de uno de los cambios en las reglas de juego de las políticas sociales dirigidas a la población pobre en la década del '90, la descentralización (bajo la forma de transferencia)⁴ de responsabilidades a las provincias en la gestión del Programa Social Nutricional (PROSONU) y Políticas Sociales Comunitarias (POSOCO) y del componente nutricional del Programas Materno Infantil (PMI)⁵. Los dos primeros serán considerados aquí como exponentes de las

¹ Se entenderá el concepto “matriz” como las características definitorias identitarias de una determinada forma de organización, en este caso de las políticas de asistencia social.

² Este punto tiene como referencia la definición de instituciones de Douglas North según la cual : “las instituciones son reglas del juego (formales o informales) en una sociedad, o más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana.” (1995:13)

³ Conviene aclarar que estos rasgos positivos de la “matriz de atención primaria de la salud” no implica negar problemas importantes en la gestión, por ejemplo la descoordinación del conjunto de la oferta en la materia.

⁴ Dadas las características del proceso se preferirá hablar de transferencia de responsabilidades antes que de descentralización , dadas las múltiples connotaciones de este concepto.

⁵ Si bien en este programa la intervención nutricional se define como universal, de hecho acceden a ella sólo quienes se atienden en los hospitales públicos, es decir quienes no tienen cobertura de salud, los sectores más pobres de la población.

políticas de asistencia social, y el último como exponente de las acciones de atención primaria de la salud, y por tanto concordantes con las respectivas matrices, tal y como han sido esbozadas, enmarcándose el análisis de los impactos de su transferencia a las provincias desde esta perspectiva.

El trabajo se dividirá en cuatro partes. En la primera se seguirá la trayectoria de los programas seleccionados entre 1989 y 1998, a partir de la hipótesis de que *pese a la novedades que se observan en los contenidos, diseño y organización de los programas en estudio persisten en ellos los rasgos distintivos de las matrices en las que se inscriben*. O en otras palabras, frente a las visiones que resaltan las novedades en estas intervenciones sostendremos que no pueden perderse de vista las persistencias. En la segunda se analizará el modo en que la Nación visualizó y llevó a la práctica la transferencia de recursos de los programas analizados, lo cual permite observar sub-períodos relevantes en cuanto a las funciones que el nivel central se reservaba para sí mismo. En la tercer sección, se observará el modo en que las cuatro provincias seleccionadas (Buenos Aires, Chaco, Mendoza y Neuquén) actuaron en tanto “receptores” de dichos recursos, lo cual se hará a partir de la hipótesis de que *más allá de la creencia generalizada, frente a las nuevas responsabilidad las provincias no se comportarían como actores pasivos frente a la imposiciones de la nación, aunque podrían observarse gradaciones en su capacidad de maniobra⁶ derivadas de sus niveles de independencia en la formulación de políticas y en la disponibilidad de recursos*. Finalmente, se propondrán una serie de conclusiones que permiten visualizar el modo en que se procesó la transferencia de los recursos para programas alimentarios, así como el impacto que la misma tuvo en la institucionalidad social de las provincias estudiadas. Se adicionan dos Anexos.

Antes de continuar con el desarrollo de este estudio, merecen señalarse algunos reparos de tipo metodológico. En primer lugar y en sintonía con la baja institucionalidad formal de las políticas de asistencia social, es notoria la carencia de series de datos sistematizados, así como criterios de sistematización uniformes. En general las “áreas de asistencia social” no cuentan con oficinas de estadísticas (como sí ocurre en los ministerios de salud y de educación) y en el caso de contar con una instancia similar estas son de

⁶ Podríamos definirlo como “capacidad de agencia”. El concepto de agencia se utilizará en el sentido en que lo realiza la economía o ciertas vertientes de la sociología, capacidad de acción reflexiva por parte de los sujetos (individuos, grupos, organizaciones, etc).

reciente creación. En segundo lugar las provincias analizadas dan cuenta de una alta rotación de funcionarios y equipos, razón por la cual es difícil reconstruir las trayectorias de estas intervenciones aún cualitativamente. En este contexto, se intentará seguir las trayectorias de estos programas en el período seleccionado, a través del análisis de datos secundarios producidos por las áreas responsables de su gestión, aunque con bajo grado de sistematización, así como a través de entrevistas semi-estructuradas a decisores, técnicos y efectores del nivel nacional y de las provincias seleccionadas.

I.- POLÍTICAS ASISTENCIALES E INTERVENCIONES PROGRAMÁTICAS ALIMENTARIAS: ENCUENTROS Y DESENCUENTROS

I.1.- Asistencia social y políticas alimentarias: una mirada hasta los años '80

Desde 1823, año de creación de la Sociedad de Beneficencia⁷ por Bernardino Rivadavia, hasta la década del '40 del Siglo XX, políticas de asistencia social y políticas alimentarias no necesariamente coincidían. En un país que ingresaba al mercado mundial como exportador de productos agropecuarios, el acceso a los alimentos no era una cuestión problematizada asociada a la pobreza. La pobreza era más bien observada como una cuestión moral relacionada con disposiciones individuales y producto del azar.

Las políticas asistenciales, responsabilidad de la mencionada Sociedad de Beneficencia, conformada por damas representantes de las familias más aristocráticas del país, se caracterizaron por la atención a los “pobres merecedores”, a aquellas personas que por circunstancias fortuitas no podían trabajar o bien habían sufrido un empeoramiento en sus condiciones de vida que los sumía en una situación transitoria de necesidad. Si bien la Sociedad de Beneficencia era financiada fundamentalmente por el Estado (Cuadro 1), era independiente en el manejo de los recursos y en los lineamientos de acción a implementar. Fundamentalmente intervenía a través de escuelas para señoritas (destinadas a las jóvenes pobres huérfanas, a las que se las formaba en la humildad, el amor filial y en las tareas

⁷ Para un análisis muy sugerente de la historia de la Sociedad de Beneficencia, ver Guy (2000). Si se desea trazar una panorámica de la caridad y la beneficencia hasta mediados del siglo XX, ver Moreno (2000). En cuanto al papel de las ideas sobre la “cuestión social” en el tránsito hacia dicho siglo, ver Zimmermann (1995).

necesarias para el mantenimiento del hogar), hospitales para mujeres y niños y casas de expósitos (Tenti, 1989).

Cuadro 1: Incidencia de las donaciones privadas en el presupuesto de la Sociedad de Beneficencia (en %):

Año	Proporción de Donaciones privadas
1905	23%
1910	35,4%
1915	1.1%
1920	15.3%
1925	S/d
1930	19,8%
1935	12.9%
1940	21.1%
1942	1.0%

Fuente: Tenti (1989)

La independencia de la Sociedad de Beneficencia desde su fundación hasta la década del '40 se mantuvo no sin tensiones, las cuales se ligaban a intentos de organismos del Estado, por ejemplo la creación de la asistencia pública de la Capital, a los efectos de limitar su discrecionalidad y brindar lineamientos de acción homogéneos a los hospitales y coordinar la beneficencia del Municipio. Sin embargo estos intentos no tuvieron el éxito deseado: fue dilatado su tratamiento o directamente no prosperaron por la oposición generada. Testimonios de la época recogidos por Tenti señalan que en 1910 una de las propuestas realizadas desde la “asistencia pública de la municipalidad” era “reducir esta multiplicidad de autoridades dirigentes que manejan miles de pesos con un criterio tan diferente como desprovisto de un plan uniforme”(1989:65).⁸

Cabe destacar que dentro de las prácticas de la Sociedad de Beneficencia, no tenía especial importancia la asistencia alimentaria. La pobreza se asistía básicamente institucionalizando, por lo que en las acciones de dicha organización predominaban las instituciones de internado (asilos de expósitos, de ancianos, hogares para mujeres huérfanas, hospitales para mujeres y niños, escuelas) y como excepción una iniciativa de bolsa de trabajo para mujeres, a la cual las mujeres empobrecidas enviaban el fruto de sus

⁸ Esta cita es ilustrativa de la persistencia de la matriz de este tipo de políticas, *aggiornadas* por cierto.

labores para su comercialización y obtención de ingresos por esa vía. Si bien en su más de un siglo de vida se fueron transformando las metodologías⁹, su carácter para-estatal no se modifica y no deja de ser la organización que mayor volumen de recursos maneja para el desarrollo de políticas de asistencia¹⁰.

Hacia la década del '30, cuando la crisis económica pone en primer plano la pérdida de empleos, la pobreza pasa a ser una amenaza, coyuntural por cierto, para los sectores medios asalariados: "Clase media atormentada y vergonzante en la cual las angustias de la indigencia se intensifican por la sensibilidad adquirida cuya pérdida hace más dolorosa la nueva situación" (Tenti, 1989: 51, tomado del Discurso realizado por el Ministro Carlos Saavedra Lamas en el Congreso de Asistencia Social realizado en Buenos Aires en 1933). En este marco el aparato asistencial vigente se torna insuficiente poniendo en evidencia con más fuerza las inconsistencias de las intervenciones típicas de la beneficencia. De hecho, en 1936 por Ley N° 12341 se creó la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia en la órbita del Ministerio del Interior, por iniciativa del socialista Alfredo Palacios. Dicha Dirección (desde 1937) implementa el Programa Materno Infantil (PMI), uno de los objetos de análisis del presente trabajo.

En la década del '40, ya estructurado el modelo de desarrollo de industrialización por sustitución de importaciones, y en momentos en que el Estado comienza a intervenir activamente como garante de los derechos sociales de la población con responsabilidad en la ejecución de estas iniciativas, las políticas de asistencia social no cambian radicalmente su impronta. Si bien, por una parte, mediante la Ley N° 13.341 de 1949 se creó la Dirección Nacional de Asistencia Social, dependiente de la Secretaría de Trabajo y Previsión, de la cual pasaron a depender las Sociedades de Beneficencia, incluida la paradigmática de la Capital Federal, por otra parte, se creó paralelamente, por decreto presidencial, la denominada Fundación de Ayuda Social, que en 1950 pasará a llamarse Fundación Eva Perón. Es esta última entidad la que fue efectivamente responsable de la asistencia social durante el gobierno peronista de esos años. Por ejemplo, a través de la Ley

⁹ El recorrido de las formas de intervención en materia de pobreza ha variado a lo largo de su casi dos siglos de vigencia, desde la filantropía o caridad cristiana secularizada cuyo emblema es la sociedad de beneficencia, a la asistencia social en que aparece una profesionalización del trabajo hacia los pobres, o la promoción social/ desarrollo de comunidades (década del 60).

N° 13.992 de 1950 se le encomendó hacerse cargo de cualquier establecimiento vinculado con la ayuda social (Tenti, 1989; Golbert, 1996).

Las acciones de la Fundación se basaron en la atención de grandes establecimientos: hospitales, asilos de ancianos, colonias de vacaciones, hogares de niños, etc. y en la entrega directa de bienes materiales y subsidios. Esta última función, más relacionada con prácticas arbitrarias y puntuales, derivadas de solicitudes personales. Después de casi 50 años de tensiones con la Sociedad de Beneficencia tendientes a “estatizar” y “sistematizar la asistencia social” y en un contexto de revalorización de la acción del Estado como garante de la “justicia social”, la opción política ante la asistencia social fue nuevamente la acción para-estatal, financiada con fondos estatales.

Si bien en sus primeros años las donaciones fueron sus principales fuentes de fondos, a partir de 1952 los aportes laborales ¹¹ y el producto de los juegos de azar fueron los recursos mayoritarios (Cuadro 2). Ya en 1953 realizó erogaciones que superaron en un 23% los gastos realizados en asistencia social por el Estado.

Cuadro 2: Origen de los fondos de la Fundación Eva Perón y Proporción de Gastos entre la Fundación y las Acciones de Asistencia Social del Estado (en %).

	1948	1950	1952	1953
Donaciones	100	82.1	42.3	32.9
Ap. Laborales		15.9	28.4	30.0
Lotería		0.5	22.6	26.9
Otros		1.5	6.7	10.2
Total	100	100	100	100
Proporción de Gastos de la Fundación respecto gasto del Estado en asistencia Social	42.2%	35.9%	77%	123%

Fuente: Tenti (1989)

¹⁰No puede dejar de vincularse la decisión del estado respecto a este tipo de políticas con la concepción vigente de la pobreza, por lo que se las consideraba conyunturales, transitorias, tendientes a paliar una situación de necesidad momentánea, no estructural.

¹¹ Se le otorga por Resolución 266/50 de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social los salarios correspondientes al 1ro. de mayo y el 12 de octubre, y por Ley 13.992 de 1950 un aporte obligatorio del 25 de los empleados y obreros y del 1% de los empleadores sobre el monto total abonado en concepto de aguinaldo. (Tenti, 1989)

Al margen de las intervenciones de la Fundación, pero en el marco de una estrategia de acción del Estado, merece destacarse que en 1946 el 36% de los niños que asistían a la escuela recibían algún tipo de ayuda alimentaria en establecimientos públicos o privados (Tenti, 1989).

Ya en la década del '60 se propone un cambio en las estrategias de intervención en asistencia y promoción social que supone un avance en términos de asunción de responsabilidades directas (no sólo financiamiento) del Estado. Entra en vigencia, de la mano de la ideología de la Alianza para el Progreso, el denominado “desarrollo de comunidades” (Tenti, 1989; Golbert, 1996). En este momento, la unidad de intervención pasa del individuo a la comunidad sobre la que hay que intervenir para concientizar a la población y movilizar, a los efectos de constituir a los sectores más desfavorecidos en actores sociales capaces de conformarse en “agentes de su propio desarrollo” (Tenti, 1989).

En lo institucional, este cambio de orientación se plasmó a través de la creación en 1971 de un Departamento de Desarrollo de Comunidades dependiente de la Dirección Nacional de Promoción Comunitaria de la Subsecretaría de Promoción y Asistencia Social del Ministerio de Bienestar Social de la Nación (Tenti, 1989).

Contemporáneo con esta reorientación fue el surgimiento del Programa de Comedores Escolares (PROSONU, uno de nuestros objetos de trabajo) en el marco de la Secretaría de Promoción Social del Ministerio de Bienestar Social. El mismo nace en 1967/8 como Programa de Ayuda Alimentaria a los ingenios azucareros cerrados por la crisis y luego se extendió a otras provincias, alcanzado a todo el país en 1984 (Tenti, 1989; BID/ CIEPP, 1996).

El gobierno militar iniciado en 1976, y las transformaciones que comenzaron a esbozarse en el modelo de desarrollo, determinaron el inicio de cambios en la estructura social del país¹² así como en las modalidades de intervención del Estado, proceso en el cual

¹² Un análisis pormenorizado de estas transformaciones, sobre las que no se abundará aquí, puede encontrarse en Minujin y Kessler (1995); Torrado (1995); Monza (1993); Beccaria (1993); Altimir (1997); Tenti y Golbert (1994); López (1999); Rodríguez Larreta y Robredo (1999).

las políticas sociales no constituyen una excepción. El restablecimiento de un gobierno democrático en 1983, junto con la recuperación del Estado de Derecho, hace suyo el deterioro de las condiciones de vida de la población (donde se incluye por primera vez la problemática alimentaria) e impulsa el Programa Alimentario Nacional (PAN), que es aprobado por Ley N° 23056 en 1984.

Este programa se concibió como una iniciativa transitoria, cuyo objetivo era completar la alimentación de las familias carenciadas a través de la entrega de alimentos. Tal es así que se estableció en dos años su período de ejecución, el que se extiende sucesivamente, extendiéndose hasta la conclusión del gobierno de Alfonsín en 1989. La iniciativa se constituyó (positiva o negativamente de acuerdo con la posición de cada observador) en el cimiento sobre el que se construirán, por imitación o por diferenciación, los programas alimentarios a implementarse durante la década del '90. El PAN fue el primer programa de reparto masivo de alimentos como estrategia prioritaria de asistencia social, más allá de los antecedentes delineados.

Hacia mediados de los '80, entonces, el PAN y el PROSONU¹³ conformaban los programas de ayuda alimentaria de mayor envergadura que se hubieran desarrollado en el país hasta entonces. De acuerdo con Aguirre (1991), a fines de dicha década los programas alimentarios en vigencia (PMI, PAN y Comedores Escolares) representaban el 10,98% de los ingresos de los hogares. El PAN, en 1985, registraba entregas de cajas de alimento a 1.331.441 familias (84% del total nacional de hogares con necesidades básicas insatisfechas), y el PROSONU llegó a atender en 1986 a 600.000 niños en edad escolar (aproximadamente el 42% de este grupo etáreo con necesidades básicas insatisfechas) (Tenti, 1989).

Siguiendo la tradición de las políticas asistenciales en la Argentina, el PAN representó una persistencia en sus características de baja institucionalización formal y la concepción de la intervención en asistencia social como acción coyuntural. Veamos. El PAN se organizó autónomamente, dependiendo en forma directa del Ministro de Salud y Acción Social. Operaba de manera centralizada, con delegaciones provinciales propias,

¹³ Recordemos que en 1984, se extiende a la totalidad de las provincias el Programa de Comedores Escolares, al que se le cambia la denominación por la de Programa de Promoción Social Nutricional (PROSONU).

responsables de su implementación en los territorios provinciales. Incluso, los contenidos de las cajas de alimentos se definían y compraban en forma centralizada en el nivel nacional, con intervención de la Junta Nacional de Granos.

Destacan positivamente, en cuanto a sus características de gestión, la inclusión de componentes centralizados (formulación de políticas generales, administración, compras, contratación, distribución de cupos de unidades, políticas de capacitación, definición de población vulnerable, política comunicacional) y descentralizados (selección de beneficiarios, supervisión y control de distribución, supervisión y control de agentes, desarrollo y supervisión de acciones comunitarias, implementación de subprogramas nacionales, organización del voluntariado) (Del Franco, 1991).

El PAN resultó un programa netamente asistencial, aunque en sintonía con la novedad de la matriz de la asistencia social, predominante por entonces en la Argentina (Tenti, 1989) procuró complementar la acción de “dar” (en este caso alimentos) con la acción de “promocionar” a la población “beneficiaria” de la acción de dar¹⁴. No puede dejar de señalarse, sin embargo, que esta tendencia a la asunción de nuevas responsabilidades –extra cajas- no se tradujo a nivel presupuestario ya que las cajas representaron el 81,3% del presupuesto en 1984 y el 92,13% en 1986.

En este contexto cobra sentido la reflexión de Prévot Schapari, cuando señala: “A pesar de los reiterados discursos sobre la descentralización y la democracia local, el PAN fue un programa presidencial que, dirigido desde arriba, “desciende” al conjunto del territorio. En cada provincia, en cada municipio, un delegado del PAN controló su puesta en marcha. Si bien los recursos fueron distribuidos teóricamente según el “mapa de la pobreza”, es decir, en función del número de NBI de cada localidad, su administración estuvo fuertemente politizada. El PAN no está evidentemente desprovisto de segundas intenciones y no escapó a los viejos métodos clientelistas de los punteros (activistas

¹⁴ Del Franco (1991), por ejemplo, observa un cambio en los objetivos del programa originalmente asistenciales, hacia el cumplimiento de metas diferentes como el desarrollo y estímulo de acciones comunitarias y la capacitación, lo cual derivó en la superación de la capacidad operativa de los agentes del programa, y en la incorporación de instituciones y personas voluntarias.

políticos que controlan los barrios). En el período electoral, la asistencia a los pobres fue ampliamente utilizada como un recurso político” (1996:83)¹⁵.

En líneas generales, pueden observarse varios problemas al analizar *ex post* la implementación del PAN, muchas de las cuales derivan de la falta de control efectivo sobre los gestores del programa, si bien existían criterios teóricos de selección de beneficiarios, por ejemplo no necesariamente eran respetados por los delegados PAN en cada provincia o municipio. Sobresale que, pese a tener una concepción discursiva que buscaba articular tanto lo asistencial como lo promocional, fue sólo lo primero lo que se plasmó en la práctica. Se hizo del programa un uso clientelar, a la vez que no fomentó la participación real de los sectores más pobres en todo lo concerniente a la gestión del programa. Esto condujo, en la práctica, a eliminar todo embrión de organización social, condición básica para avanzar hacia otro tipo de prácticas.

La instrumentación de este masivo programa alimentario dejó una enseñanza clara: la dificultad de la elite política en su conjunto (más allá de los gobernantes de turno) para interpretar el significado de la carencia alimentaria en un país como Argentina, donde hacia los años ochenta comenzaba a manifestarse con claridad una nueva situación social. Fue con el cambio de gobierno de Alfonsín a Menem cuando éste tomó la rápida decisión de clausurar las acciones del PAN (claro indicador de la identificación de la acción de este programa con el anterior gobierno) reemplazándolas por una estrategia que de entrada se mostró fallida: los denominados “Bonos Solidarios” (Repetto, 2000).

1.2.- La década del '90: la asistencia social y las políticas alimentarias en épocas de reformas económicas estructurales

Para comprender cabalmente los movimientos de la década del '90 en materia de acciones públicas ligadas a lo alimentario, es necesario analizar paralelamente las transformaciones institucionales y decisiones de políticas y el surgimiento de iniciativas de sectores populares tendientes a satisfacer las carencias de ingresos, cuyo ejemplo más frecuente son los comedores infantiles o comunitarios.

¹⁵ De hecho uno de los entrevistados en la provincia del Chaco señala esta cuestión, al hacer referencia que siendo una provincia gobernada en ese momento por el PJ, la delegación del PAN funcionaba con total

En el campo global de las políticas sociales (de asistencia social y sectoriales), esta década (y en particular luego de la instrumentación de la Ley de Convertibilidad en 1991) se caracterizó por el auge de los programas de combate a la pobreza, así como por la transferencia de responsabilidades a las provincias en materia de: a) educación media, b) establecimientos de salud dependientes del nivel nacional, c) vivienda (con la coparticipación de los recursos del Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI)), d) alimentación y asistencia social directa a través de la coparticipación de los recursos del PROSONU y el POSOCO y e) componente alimentario del PMI, principal programa de atención primaria de la salud materno infantil. Sobre estos dos últimos aspectos se concentrará este trabajo.

Por su lado, los Ministerios sectoriales tradicionales de Salud, Educación y Trabajo, además de sus acciones de corte universal, entre 1992 y 1995 comienzan a desarrollar programas sociales orientados a atender las necesidades de los sectores pobres o empobrecidos de la población (Ansolabehere, 1999). A su vez, en 1994 se creó la Secretaría de Desarrollo Social, dependiente de la Presidencia, a cargo de implementar las acciones de “asistencia y promoción social” destinadas a esta población.

Para ubicar en su contexto a los programas alimentarios, es pertinente seguir a Grassi, Hintze y Neufeld (1994)¹⁶ quienes en cuanto a las características de las políticas alimentarias en la Argentina resaltan que, más allá de la baja incidencia en el gasto público social, este tipo de acciones han recibido mucha atención en la reorientación de las políticas sociales en la década del '90, influenciadas por las propuestas de los organismos internacionales de crédito. Las reformas estructurales, con sus implicancias a nivel de desregulación económica y reforma del Estado, influyeron las políticas públicas en general y las alimentarias en particular. En este sentido, resaltan la desestructuración de programas de intervención estatal en la cadena agroalimentaria (producción, controles de precios y

autonomía respecto de la primera, “manejada” por militantes de UCR, coordinados por el actual gobernador de la Provincia Angel Rozas.

¹⁶ Las autoras analizan esta cuestión revisando las características de las políticas alimentarias aplicadas en América Latina y Argentina en un momento de cambio en el modelo de desarrollo a partir de la década del 80. Se identifican como principales líneas e instrumentos de política alimentaria en América Latina las siguientes: a) subsidios para reducir el precio de los alimentos, estrategia utilizada fundamentalmente en Perú, Brasil y México; b) controles de precios, en general consisten la intervención estatal en la fijación de precios, a productos de la canasta básica de alimentos; c) intervención directa en puntos de la cadena alimentaria (Cuba, México); d) distribución de alimentos en forma gratuita en forma de raciones o cupones

subsidios) y el auge de políticas alimentarias de asistencia directa, focalizadas, de ejecución descentralizada y con participación de los beneficiarios en los programas.

Paralelamente, en respuesta ante la crisis hiperinflacionaria de 1989/1990 y como forma de paliar esta situación de crisis coyuntural, proliferaron ollas populares y comedores comunitarios surgidos por iniciativa de mujeres de los barrios más pobres de los grandes asentamientos urbanos. De acuerdo con los testimonios recogidos en las entrevistas a especialistas, decisores y efectores, en sus primeros momentos estos comedores eran solventados por donaciones de comerciantes locales, ante el temor de los saqueos. Dado su carácter coyuntural, la infraestructura en la que funcionaban era de alta precariedad, espacios comunitarios adecuados ad hoc, casas de familias, parroquias, etc. Sin embargo estas iniciativas coyunturales y espontáneas, permanecieron y se multiplicaron ante el deterioro de las condiciones de vida de la población a la que iban dirigidos (aumento del desempleo, precarización del empleo, disminución de los ingresos) generándose una dependencia cada vez más estrecha de los recursos estatales para su funcionamiento, como se verá en el análisis de las provincias seleccionadas.

I.2.1.- Una caracterización de los programas seleccionados

Antes de continuar analizando este proceso de imbricación entre las políticas alimentarias y las políticas asistenciales y el auge de los procesos de descentralización de responsabilidades a los gobiernos subnacionales, conviene describir cada uno de los programas considerados en este trabajo, poniendo especial énfasis en sus cambios institucionales y organizacionales ocurridos en los '90.

El Programa Materno Infantil (PMI)

Es el programa social en vigencia más antiguo del país. Tal lo señalado, se creó en 1937, un año después de la puesta en vigencia de la Dirección de Maternidad e Infancia, por iniciativa del senador Alfredo Palacios. En 1946, con la creación del Ministerio de Salud, esta dirección dejó de pertenecer al Ministerio del Interior y se integró a la nueva estructura. En 1948, la entrega de leche, se incorporó como prestación del programa.

canjeables (Argentina, Uruguay, República Dominicana, Colombia, Jamaica); e) apoyo a la producción de alimentos para el autoconsumo; f) obtención de donaciones externas.

De acuerdo con el estudio realizado por Giraldez y Ruiz (1997), la Dirección de Maternidad e Infancia mantiene su misma estructura programática desde 1948, aunque paulatinamente se le fueron recortando funciones, las cuales se transfirieron a los Estados provinciales¹⁷. A partir de 1991, en el marco de la reforma del Estado, esta dirección pasó a depender de la Dirección Nacional de Atención Médica del Ministerio de Salud y Acción Social, estructura que permaneció en vigencia durante los '90.

El objetivo del PMI es “alcanzar la cobertura universal de la atención y promoción de la salud de las mujeres embarazadas, las madres, los niños y los adolescentes” (BID-CIEPP; 1996) y su ámbito de ejecución es la totalidad del territorio nacional. Este programa tenía diferentes componentes hacia finales de los '90 (Giraldez y Ruiz, 1997):

- a) *cuidado de la salud materno infantil*: comprende las acciones relacionadas con la prevención y vigilancia del embarazo y el crecimiento y desarrollo de los niños menores de 6 años.
- b) *complementación alimentaria*: consiste en la entrega de leche entera en polvo a los niños mayores de 6 meses hasta los dos años de edad, a las madres embarazadas y a las nodrizas. En los casos de niños desnutridos hasta los 6 años de edad contempla la entrega de leche fortificada con hierro y vitaminas.
- c) *entrega de medicamentos*: consiste en la entrega de medicamentos como complemento de la atención de la madre embarazada y los niños. Los tipos de medicamentos a entregar y las características de su distribución están definidas por el Consejo Federal de Salud (COFESA).

¹⁷ Hacia mediados de la década del '90, eran responsabilidades de la Dirección de Maternidad e Infancia (BID-CIEPP, 1996): la elaboración de pautas normativas; la capacitación de los equipos de salud provinciales; el asesoramiento a la conducción local de los programas; la aprobación de los programas de ejecución locales; la asignación a las provincias de los fondos destinados a complementación alimentaria, capacitación del equipo de salud y medicamentos; la auditoría, control de gestión y evaluación de los programas locales y resultados.

En tanto, para ese entonces eran responsabilidades de las provincias, a través de sus jefes del Programa Materno Infantil dependientes de la autoridad sanitaria: la garantía de la cobertura de la población destinataria; la vigilancia del cumplimiento de las normas pautadas; la proposición de modificaciones a las normas, procedimientos y programas de ejecución; la organización y coordinación de actividades de capacitación; el registro de la información epidemiológica; el control de la aplicación de los recursos nacionales y provinciales destinados al programa; la participación en la auditoría y el control de gestión; la evaluación del impacto de las acciones del programa.

- d) *equipamiento informático y perinatólogo*: tiene como objetivo la reducción de la tasa de mortalidad materna, neonatal, fetal, etc; la disminución del bajo peso al nacer, la detección temprana del embarazo, etc. Consiste en elaborar propuestas normativas, brindar asesoramiento técnico, brindar fondos para el equipamiento de las instituciones de atención primaria y primer nivel de referencia y fortalecimiento de la organización de estos servicios. Se ha avanzado en la puesta en marcha de un sistema de información perinatal, basado en la historia clínica perinatal y el carnet perinatal como ejes de registro sistematizado a través de programas informáticos sencillos y de bajo costo.
- e) *capacitación y normatización*: consiste en la aplicación de programas anuales de capacitación y pasantías desarrollados por cada provincia y aprobados por la Dirección Nacional. Por otra lado, a nivel nacional se convocan periódicamente a reuniones a las contrapartes provinciales, a los efectos de discutir lineamientos generales del programa y la normatización de los servicios.
- f) *supervisión y evaluación*: consiste en la evaluación por parte del nivel nacional de las acciones provinciales, así como la realización de auditorías. De acuerdo con la información consultada si bien este tipo de acciones se realizan, e incluso hay registros de la participación de la Sindicatura general de la Nación (SIGEN) y la Auditoría General de la Nación (AGN), no existe en la práctica un proceso de sistematización y evaluación de este tipo de información.

A partir de 1991, en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) y en un contexto de auge de la descentralización de servicios a las provincias, se definió la “federalización”¹⁸ de los fondos del PMI. Desde 1993 el gobierno nacional, a través del Ministro de Salud y Acción Social, firma convenios anuales con cada una de las provincias, en los que se establecen las pautas programáticas para la transferencia de los fondos. Cada provincia debe preparar un programa de actividades basado en el

¹⁸ Nótese que se utiliza el concepto federalización en lugar de descentralización y/o transferencia, respetando la denominación utilizada en los documentos del programa.

Compromiso en favor de la Madre y el Niño¹⁹. Por ende, y como consecuencia de la decisión antes señalada, las responsabilidades de ejecución están repartidas entre el nivel nacional del Estado y los niveles provinciales.

En relación con los aspectos presupuestarios y de asignación de fondos, el PMI se financia con fondos de origen nacional y provincial, que se combinan en proporciones muy disímiles según las diferentes jurisdicciones (BID-CIEPP, 1996). Los fondos nacionales provienen de las rentas generales del Estado y son administrados por la Dirección de Salud Materno Infantil, quien acuerda con cada provincia la transferencia de estos fondos con asignación específica. Las transferencias de fondos del nivel nacional a las provincias contemplan los siguientes destinos:

- ✓ *Adquisición de leche en polvo y leche modificada.* Estos fondos se distribuyen proporcionalmente entre las provincias de acuerdo a un indicador de condiciones de riesgo elaborado de la Dirección de Maternidad e Infancia. En 1994-95, este rubro representó poco más del 74% del presupuesto nacional destinado a este programa. (Giraldez y Ruiz, 1997).
- ✓ *Capacitación del personal provincial:* la distribución de fondos se realiza a partir de la consideración del número de partos realizados en el subsector oficial y la tasa de mortalidad infantil en cada una de las provincias.

Por otra parte, el componente “entrega de medicamentos” reconoce un circuito de fondos sustancialmente diferente. Estos son comprados por la Dirección Nacional en forma centralizada y luego distribuidos a la totalidad de las jurisdicciones, para la atención de infecciones respiratorias agudas, infecciones diarreicas agudas y partos. El criterio de distribución era consensuado en el ámbito del COFESA.

¹⁹ Este compromiso fue firmado en 1990 por el país en el marco de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, organizada por las Naciones Unidas. En 1991, el gobierno argentino junto con la sociedad argentina de pediatría y UNICEF, formuló las metas nacionales para el cumplimiento de dicho compromiso, dando lugar al “Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño” que en ese año fue asumido por el presidente de la nación y la totalidad de los gobernadores provinciales. (BID-CIEPP, 1996).

Aprobado el plan provincial por el Ministerio de Salud y Acción Social, la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos (MEyOSP), transfiere la suma otorgada a las tesorerías provinciales, las cuales dan aviso al Ministerio de Salud y éste a la correspondiente Dirección de Maternidad e Infancia o similar.

Puede señalarse que el proceso de “federalización”, o mejor dicho de transferencia de responsabilidades que tuvo lugar en el marco de este programa, supone la asunción de nuevas tareas de gestión por las provincias en un momento en que éstas estaban siendo presionadas por el nivel central del Estado para ordenar sus cuentas y racionalizar sus administraciones. Los pactos fiscales son un ejemplo del tipo de negociaciones y transacciones que se desarrollan en el momento en que se toma esta decisión, en que el actor principal por excelencia es el Ministerio de Economía de la Nación y donde las políticas sociales en general y de salud en particular quedan ligadas de forma dependiente a la estrategia de reforma económica²⁰.

El Programa Social Nutricional (PROSONU)

Como ya se esbozó, este programa comenzó a funcionar a fines de la década del '60 en la provincia de Tucumán para atender la demanda de la población afectada por el cierre de ingenios azucareros. En la década del '80 se generalizó a la totalidad de país. En un primer momento contó sólo con el componente de Comedores Escolares al que luego se le adicionó el de Comedores Infantiles a los efectos de atender a la población entre 2 y 5 años (es decir, la que no es atendida por el PMI y todavía no va a la escuela).

Antes de su transferencia, dependía de la Dirección Nacional de Promoción Comunitaria, del Ministerio de Salud y Acción Social. Sus objetivos eran el garantizar a los niños entre 2 y 12 años 750 calorías diarias. Cada uno de los componentes presentaban diferentes modalidades de funcionamiento:

Comedores escolares: el Ministerio de Salud y Acción Social firmaba convenios con cada una de las provincias, en el que se estipulaban acciones a realizar y montos a transferir. Las transferencias se realizaban a la tesorería provincial, la cual daba aviso al ministerio de acción social respectivo, y éste a su vez al Ministerio de Educación para

asignar los “cheques” a los directores de escuelas. Cabe señalar que no existía una modalidad única y uniforme, sino que cada provincia presentaba especificidades²¹.

Comedores infantiles: se asignaban fondos contra presentación de proyectos por parte de organizaciones no gubernamentales (ONGs), las que se comprometían a brindar la asistencia en un todo de acuerdo con el proyecto presentado.

En 1991, en el marco del proceso de transferencia de responsabilidades sociales a las provincias, desde el nivel central se definió coparticipar los fondos directamente a éstas, razón por la cual el PROSONU deja de funcionar como un programa nacional gestionado desde el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social.

Políticas Sociales Comunitarias (POSOCO)

Aprobado en 1989, su marco normativo es especialmente difuso. Está destinado a atender las “*necesidades alimentarias, sanitarias, habitacionales y/o locativas de los sectores sociales más carenciados del país*”. Este programa absorbió los recursos del PAN y del Bono Solidario, más los de otros programas asistenciales. Preveía prestaciones directas para la atención de necesidades alimentarias y asistenciales; e indirectas, como por ejemplo subsidios para la atención de necesidades habitacionales.

Su coordinación estaba en manos de una Unidad Ejecutora Nacional (UEN), y Unidades Ejecutoras Provinciales (UEP). La UEN estaba constituida por el Ministro de Salud y Acción Social, el Secretario de Coordinación de Salud y Acción Social, dos Senadores y dos Diputados elegidos por las respectivas cámaras. Cada provincia constituía una unidad ejecutora integrada por el Gobernador, el Ministro de Salud y Acción Social, los dos senadores nacionales y dos diputados nacionales que encabezaban las dos listas que habían obtenido mayor cantidad de votos. Al igual que el PROSONU, también el POSOCO fue transferido a las provincias en 1991, coparticipándose sus fondos.

I.2.2.- Otros programas con “parecidos de familia”

Al sólo efecto de encuadrar la problemática en el conjunto de sus aristas, una de las cuales es la tensión transferencia-centralización, habremos de analizar someramente el caso del

²⁰ No puede dejar de señalarse que los servicios de salud pública (en el marco de los cuales se desarrolla este programa) en la mayoría de los casos habían sido transferidos a las provincias con anterioridad.

Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) y del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI), como ejemplos del segundo término de la tensión señalada, en tanto son propuestas programáticas dirigidas a retomar la iniciativa del nivel central del Estado en materia de salud materno infantil y asistencia alimentaria.

Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN)

Se formuló en la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, teniendo como antecedente el Proyecto Materno Infantil y Nutrición, en el marco de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990) y del Compromiso Nacional a Favor de la Madre y el Niño (1991), que se tradujo en metas a alcanzar por el país en el año 2000. Dicho proyecto, con financiamiento del Banco Mundial, se convirtió en 1993 en el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) el que en forma concurrente con la Dirección de Maternidad e Infancia, el Programa Materno Infantil y el Programa Ampliado de Inmunizaciones, desarrolla acciones tendientes a alcanzar las metas previstas en el Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño (MSAS, 1999). Este programa (a diferencia del PMI que se propone cobertura universal) se focaliza en las zonas urbanas con más de 30% de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

El PROMIN se articula a partir de los siguientes componentes :

- **Salud Materna:** en que se propone mejorar el acceso, cobertura, calidad y oportunidad de la atención de la salud de las mujeres en edad reproductiva, la prevención y detección temprana de enfermedades, y la revalorización del centro de salud mediante su inserción en una red de servicios(MSAS,1999)
- **Salud Infantil:** en que se propone mejorar el acceso, cobertura, calidad y oportunidad de la atención de la salud de los niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, la prevención y detección temprana de enfermedades, y la articulación entre los centros de salud y los centros de desarrollo infantil para asegurar un control constante de la salud, crecimiento y desarrollo de estos (MSAS,1999).
- **Nutrición:** en que se propone la promoción de la educación nutricional de la población, la rehabilitación de los niños desnutridos y la complementación alimentaria para los niños en riesgo mediante cajas de complemento nutricional,

²¹ Las modalidades de compra y distribución de los productos constituyen un ejemplo de estas especificidades.

la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y el apoyo a comedores y centros de desarrollo infantil para el cumplimiento de las metas alimentarias²² (MSAS, 1999).

- **Desarrollo Infantil:** en que se promueve el trabajo con los niños en las áreas de lenguaje verbal y no verbal, intelectual, afectiva y socioafectiva y motriz, brindar almuerzo y merienda a todos los niños concurrentes a los centros de Desarrollo Infantil, articulación con los centros de salud de referencia y armar redes institucionales para asegurar que los niños transiten el ciclo completo de la educación inicial y la educación general básica (MSAS, 1999).

Es importante indicar que uno de los componentes originales del PROMIN resultó ser la realización de estudios y fue así que en el marco de estos entre 1994 y 1998 se efectuaron análisis para la reformulación de los comedores escolares, más allá de la preocupación básica del programa por el mejoramiento de los servicios de atención primaria de la salud. Estos estudios, en coincidencia con el realizado por el CIDES/OPS de 1986, resaltan deficiencias en la gestión nutricional de los comedores escolares, derivando en recomendaciones que, de acuerdo con la información recabada no han sido consideradas, tal como se analizará más adelante.

Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI)

En 1995, a tres años de la coparticipación con asignación específica de los fondos del PROSONU y POSOCO, mediante Resolución de la recientemente creada Secretaría de Desarrollo Social (N° 1005/95) se definió poner en marcha el “Grupo de Trabajo para el Análisis y Planificación de Políticas Alimentario Nutricionales”, entre cuyas tareas estaba el diseño de un Programa Alimentario Nutricional Infantil. El principal argumento para la creación de este grupo de trabajo fue la falta de un diagnóstico integral sobre la problemática específica, los problemas de coordinación de las acciones que se realizaban en la materia y las dificultades registradas en el circuito de transferencia y manejo de fondos que se habían transferido a las provincias para este fin específico.

²² Son metas alimentarias de este programa: a) prevenir la desnutrición y las deficiencias nutricionales específicas; b) recuperar a las embarazadas y niños menores de 6 años desnutridos; c) promover la incorporación de mejores hábitos alimentarios en la población objetivo con los recursos que dispone.

Así, en 1996, creado por Resolución N° 1825/96, comienza a funcionar en la Secretaría de Desarrollo Social el PRANI, cuyo objetivo general consistió en: “Mejorar las condiciones de vida y acceso a una alimentación adecuada y suficiente de los niños de 2 a 14 años nutricionalmente vulnerables, pertenecientes a hogares socioeconómicamente desfavorecidos; a través del aporte complementario de alimentos y el apoyo a la educación básica para prevenir y/o reducir los niveles de desnutrición y favorecer el desarrollo infantil” (SDS, 1999). Para el alcance de este objetivo se desarrollaron cinco líneas de acción (SDS,1999):

Refuerzo de PRANI: con el propósito de complementar la dieta de los beneficiarios que concurren a comedores infantiles o escolares a través de nueve alimentos no perecederos que contiene en 77% de las necesidades nutricionales diarias de un niño de entre 2 y 5 años.

Refuerzo de dieta: a los efectos de complementar temporariamente los requerimientos financieros de las provincias, ONGs o municipios para el funcionamiento de los comedores Infantiles, escolares o centros de desarrollo infantil.

Infraestructura y Equipamiento: con el objetivo de readecuar y/o equipar total o parcialmente los comedores infantiles y los comedores escolares.

Capacitación y Asistencia Técnica: la cual se propone a través de eventos de capacitación y materiales didácticos audiovisuales mejorar la implementación de los programas comedores infantiles y escolares en las provincias, así como capacitar en los lineamientos del programa.

Fortalecimiento Institucional: cuyo propósito es mejorar la capacidad técnica de las provincias para el desarrollo de este tipo de programas, y equipar las oficinas de enlaces provinciales.

Cabe señalar que al objetivo asistencial, a este programa se le agregaron propósitos promocionales, educativos y preventivos. Como en el PAN, y en consonancia con una versión aggiornada de la matriz de asistencia social que cambia el concepto de “desarrollo de las comunidades” y se expresa en conceptos tales como gerencia social, participación de los beneficiarios, pobreza como un problema de necesidades materiales y de desarrollo de capacidades, etc., se propone convertir a los comedores infantiles y comunitarios en Centros de Desarrollo Infantil con objetivos de trabajo vinculados al crecimiento y desarrollo infantil además de la ayuda alimentaria.

I.3.- HITOS Y PROBLEMAS DURANTE EL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PARA PROGRAMAS ALIMENTARIOS

Respecto a los programas seleccionados, pueden identificarse dos hitos relacionados con su transferencia que de alguna manera reafirman la persistencia de la matriz de las políticas asistenciales y de atención primaria de la salud de este país. El primero se sitúa entre fines de 1991 y 1992, y está relacionado con la transferencia de las responsabilidades directas de ejecución en los programas asistenciales más importantes, PROSONU y POSOCO, por parte del nivel central del Estado inmediatamente después de la puesta en vigencia de la Ley de Convertibilidad. Luego se habría de sumar el componente “compra de leche en polvo” del PMI. Por otra parte, y como producto de la apertura económica dejan de implementarse políticas de subsidios y control de precios a alimentos de consumo masivo (Hintze,1994).

Al respecto se asumirá que, si bien en el momento de la decisión de transferencia de responsabilidades a la provincias los tres programas analizados funcionaban en la órbita del Ministerio de Salud y Acción, no es casual la diferencia en las modalidades adoptadas. La matriz de la atención primaria de la salud y de la asistencia social permean las decisiones sobre las transferencias de responsabilidades. El PMI tiene una amplia historia como programa de atención primaria de la salud, y como tal, el proceso de transferencia se inscribe en dicha matriz donde prima una mayor institucionalización formal de las acciones y acciones asociadas al largo plazo con permanencia de los equipos responsables. En tanto el PROSONU y POSOCO, dependientes de las Áreas de Promoción y Asistencia Social, en general mucho menos institucionalizados formalmente (con mayor margen de discrecionalidad en su aplicación, con deficiencias de planificación) desaparecieron directamente como programas, convirtiéndose en fondos coparticipables en el marco de la Ley N° 24049/91 de Transferencia de Servicios de Salud y Educación a las provincias²³.

En el PMI, el trasfondo de la transferencia de la responsabilidad de la adquisición de leche en polvo (componente que absorbe más del 50% del presupuesto y que en promedio ronda los 50 millones de pesos) fue la detección de partidas de leche en mal

²³ Si bien excede los objetivos de este trabajo es interesante reflexionar por un momento que por mucho menos que lo que sucedió con la transferencia de programas alimentarios, la transferencia de servicios educativos supuso la movilización de padres, docentes, sindicatos, etc.

estado compradas por el Ministerio de Salud y Acción Social en una licitación que beneficiaba a altos funcionarios del gobierno nacional y que finalizó con la renuncia, entre otros, del Ministro de Salud y Acción Social. En cambio, el PROSONU y el POSOCO (que superan los 200 millones de pesos anuales) operaron como especie de “premio consuelo” en la negociación por la transferencia de servicios de salud y educación a las provincias, y la firma del Pacto Fiscal que modificaba los términos de la distribución de la Coparticipación Federal de Impuestos.

Como se ha señalado en el apartado anterior, durante 1993 comenzó a funcionar el PROMIN en forma paralela y no siempre coordinada con el PMI, aunque ambos presentasen objetivos concurrentes y se ejecutasen bajo la órbita del mismo ministerio. De acuerdo con los datos publicados en el informe de gestión elaborado por este programa, la inversión realizada por el gobierno nacional entre 1993 y el 30/09/1999 ha sido de \$ 165.200.000. Esos recursos se destinaron al financiamiento de 32 proyectos de inversión y 86 proyectos de asistencia técnica, alcanzado a una población de 800.000 personas.

Como se observa en el Cuadro 3, el presupuesto asignado al PROMIN alcanzó en 1995 al 38% del presupuesto del área Salud Materno Infantil, constituyendo el 30,5% del total presupuestado entre 1993 y 1999. Al respecto, es necesario destacar que la reconstrucción de estos datos a partir del presupuesto nacional , permite observar que si bien en 1994 ambos programas se presupuestan en forma conjunta en el marco de la dirección de salud materno infantil, en el año 1995 el PROMIN se imputa presupuestariamente a la Secretaría de Salud como Unidad de Centros de Salud y Desarrollo Infantil y en 1996 se imputa en forma autónoma como Unidad Ejecutora Central. En tanto, desde 1997 vuelven a imputarse conjuntamente el PMI y el PROMIN en el marco de la Dirección de Salud Materno Infantil.

Cuadro 3: Presupuesto asignado al PMI y al PROMIN entre 1993 y 1999 (en \$)

	PMI	PROMIN	Total
1993	63.973.732		
1994	66.936.933	31.700.000	98.636.933
1995	66.765.661	41.280.000	108.045.661
1996	60.925.548	30.036.000	90.961.548
1997	68.721.873*	21.800.300*	90.522.173
1998	59.831.478*	21.800.300*	81.631.778
1999	53.857.291	18.583.400	72.440.691
Total	441.012.516	165.200.000	542.238.784

Fuente: elaboración propia en base a datos del presupuesto nacional 1993-1999 y del Programa Materno Infantil y Nutrición , Ministerio de Salud y Acción Social, 1999.

* Estimado a partir del total presupuesto para salud materno infantil y la inversión total realizada por el PROMIN de acuerdo con el documento antes citado.

En suma, en el contexto de una cierta "revalorización" de la atención primaria de la salud materno infantil (se firman compromisos internacionales y se toman créditos para desarrollar acciones en este sentido) se transfieren a las provincias las responsabilidades en materia de asistencia alimentaria dirigida a esta población (PROSONU, POSOCO y Componente Nutricional del PMI) y surge un nuevo programa con financiamiento internacional (PROMIN) con incumbencias similares al PMI y con la misma pertenencia institucional (Ministerio de Salud y Acción Social).

Al indagar acerca del por qué de esta separación del PROMIN y la Dirección de Maternidad e Infancia (y del accionar del PMI), la respuesta de algunos actores involucrados coincidió en remarcar la necesidad de contar con una estructura dinámica, altamente profesionalizada y no burocratizada (definida por oposición al PMI) para intervenir rápida y eficazmente en las zonas focalizadas. Esta tendencia, a la luz de la proliferación de programas sociales con objetivos y poblaciones concurrentes, es un caso típico de la tendencia a generar estructuras paralelas a las burocracias estatales promovidas por los organismos multilaterales de crédito como alternativas "eficientes". En este marco, las oscilaciones en la modalidad de imputación presupuestaria señaladas, reflejan tensiones en términos de coordinación de acciones entre los dos programas.

El segundo hito de importancia en la materia analizada se sitúa en 1995, consonante con la baja institucionalidad formal de las acciones de asistencia social (fundamentalmente

de los procedimientos y los programas) y relacionado con el intento de retomar el control del manejo de estos recursos poco tiempo después de haber sido creada la Secretaría de Desarrollo Social, dependiente de la Presidencia de la Nación (Decreto 290/94) con responsabilidades en materia de asistencia social sobre los sectores más pobres de la población.

Se sostendrá aquí que a tres años de la transferencia de los fondos POSOCO y PROSONU a las provincias, desde el nivel nacional, se intenta recuperar la iniciativa en la materia. Desde 1996 se implementa el PRANI que, a pesar de enunciar objetivos explícitos de coordinación con las otras prestaciones alimentarias vigentes a nivel nacional y provincial, finalmente se constituye en una nueva instancia de asistencia alimentaria, más o menos coordinada con los niveles provinciales, como se analizará más adelante, en donde la decisión de asignación de fondos a cada provincia responde a un acuerdo bilateral programa-provincia.

El análisis de la ejecución presupuestaria de este programa representa una evidencia relevante al respecto, en la medida que demuestra la importancia que adquiere el componente refuerzo de dieta y refuerzo PRANI, ayuda alimentaria que a lo largo de sus años de ejecución predomina más allá de los objetivos explicitados de coordinar acciones y superar las intervenciones netamente asistenciales (Cuadro 4).

Cuadro 4: PRANI. Ejecución presupuestaria total, inversión en prestaciones, en asistencia alimentaria y en otro tipo de prestaciones (en \$)

Año	Ej. Presup.	Prestaciones	Ref. Prani(1)	Ref. Dieta(2)	1+2	Otros
1995		11.701.158	3.976.784	5.824.178	9.800.962	1.900.196
1996	33.298.000	28.394.661	15.977.777	6.022.188	21.999.965	6.394.696
1997	42.715.000	32.437.033	19.585.882	3.342.261	22.928.143	9.508.890
1998	53.654.000	35.958.431	26.433.701	4.014.199	30.447.900	5.510.531
1999	18.410.000	14.688.721	12.409.991	917.944	13.327.935	1.360.786
Total	148.077.000	123.180.004	78.384.135	20.120.770	98.504.905	24.675.099

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe de gestión 1995-1999 del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI), Secretaría de Desarrollo Social.

* Ejecución hasta octubre de 1999.

** Cifras correspondientes al primer semestre de 1999.

Como puede observarse en el cuadro anterior, la inversión absoluta en asistencia alimentaria (correspondiente a la inversión en refuerzo PRANI centralizado y

descentralizado (1) más la correspondiente a refuerzo de dieta (2)) pasa de 9.800.962 pesos en 1995 a 30 millones en 1998 (último año para el que se cuentan datos de ejecución total). Por otra parte, cabe señalar que con algunas oscilaciones, el gasto en asistencia alimentaria, durante el período aquí analizado, nunca representó menos del 70% del gasto en prestaciones del programa (Cuadro 5).

Cuadro 5: PRANI, proporción de gasto anual en asistencia alimentaria y otras prestaciones sobre el total de gastos en prestaciones entre 1995 y 1999 (en %)

Año	Prestaciones	Asist.Alim	Otros
1995	100	83,8	16,2
1996	100	77,5	22,5
1997	100	70,7	29,3
1998	100	84,7	15,3
1999*	100	90,7	9,3
Total	100	80,0	20,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe de gestión 1995-1999 del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI), Secretaría de Desarrollo Social.

* Cifras correspondientes al primer semestre de 1999.

El gasto en asistencia alimentaria y en prestaciones evolucionan paralelamente, pudiendo explicarse el primero por el segundo. En este sentido la tasa de crecimiento del gasto en asistencia alimentaria entre 1995 y 1998 es del 211%, en tanto la de prestaciones en general es de 207% y la de otras prestaciones del 190%. Al respecto, merece resaltarse que la asistencia alimentaria crece un 20% que los gastos en otro tipo de prestaciones.

En este caso, no puede dejar de señalarse que, de acuerdo con información aportada por el propio programa, algunas de las causas que se esgrimen para el cambio en los objetivos relacionados con la coordinación con las provincias (fondos PROSONU), y con el grupo etáreo al que se dirigen (que originalmente era de 2 a 14 años, restringiéndose luego básicamente a la población de 2 a 5 años) fueron:

- “las dificultades evidenciadas para instrumentar los diagnósticos y monitoreos de los comedores escolares e infantiles con acuerdo de las provincias; y el desinterés o dificultad por parte de las mismas para encarar procesos de reformulación estructural en sus programas de asistencia alimentaria

- la agudización de la exclusión socioeconómica del entorno familiar de los niños asistentes a los comedores infantiles demandó incrementar las acciones dirigidas a esta población”(SDS, 1999:7)

Por otro lado, también en 1996, el Ministerio de Salud y Acción Social lanzó un “Plan Nacional de Acción para Alimentación y Nutrición”, en el que se propusieron una serie de acciones destinadas al mejoramiento de las condiciones alimentarias y nutricionales de la población, a partir de la definición de los siguientes objetivos específicos²⁴:

- ✓ Establecer un diagnóstico actualizado y completo de la situación nutricional del país.
- ✓ Establecer las bases de un sistema de evaluación permanente del estado nutricional de la población y el monitoreo de los programas relacionados con el Sistema Alimentario Nacional.
- ✓ Mejorar la Seguridad Alimentaria.
- ✓ Optimizar las acciones del componente nutrición dentro del Programa de Maternidad e Infancia.
- ✓ Optimizar las acciones de los programas con componente alimentario.
- ✓ Incorporar acciones de nutrición en la atención de la salud de otros grupos etáreos: adolescentes, adultos, ancianos.
- ✓ Prevenir las carencias de micronutrientes específicos.
- ✓ Mejorar la calidad e inocuidad de los alimentos.
- ✓ Fomentar la lactancia materna.
- ✓ Implementar programas de educación alimentaria y nutricional a todo nivel.
- ✓ Promover la creación de un ámbito de análisis y planificación de políticas intersectoriales²⁵.

²⁴ Dadas las características de este plan, puede considerarse que el mismo constituyó una formalidad ya que por lo menos algunos de sus objetivos no habían sido alcanzados a comienzo del año 2000, como el diagnóstico y evaluación del estado nutricional de la población. En este sentido habría que realizar una evaluación expeditiva del cumplimiento de la totalidad de los objetivos propuestos en él.

²⁵ Si bien el organismo que publicó dicho plan es el Ministerio de Salud y Acción Social, en el documento elaborado se reseña que participaron diferentes organismos del Estado como: Secretaría de Desarrollo Social, Ministerio de Economía, Ministerio de Educación, Universidad de Buenos Aires, Sociedad Argentina de Pediatría, Centro de Estudios de Nutrición Infantil, Oficina de Naciones Unidas para la Alimentación (FAO), Oficina Sanitaria Panamericana, Instituto Panamericano de Protección de alimentos y zoonosis, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y representantes de los gobiernos provinciales.

Los movimientos de transferencia de responsabilidades a las provincias de programas de alcance supuestamente universal (componente alimentario del PMI y PROSONU, fundamentalmente) tienen como contrapartida el surgimiento de programas focalizados a nivel nacional, de gestión centralizada y “ejecución descentralizada”. En un caso el PROMIN, en el otro el PRANI, dan cuenta, por una parte de un viraje en la voluntad del nivel central del Estado de mantener el manejo de recursos destinados a la atención y asistencia de la población más pobre y, por otra parte, recuperar capacidad de negociación y transferencia de recursos vinculados a acciones asistenciales a las provincias. Posibles interpretaciones de este viraje remiten a diferentes tipos de respuestas: a) evaluativa: es consecuencia de la evaluación de mejorar las intervenciones en materia alimentaria y en atención primaria de la salud, b) política: la necesidad de recuperar capacidad de intervención en asistencia social a la que se considera un instrumento de acumulación política, y c) objetiva: deterioro de las condiciones de vida de sectores cada vez más importante de la población, como pueden comprobarse revisando la evolución de los indicadores sociales en este período. Nosotros sostendremos que responde a una combinación de los tres tipos de justificaciones.

Otra vez, aunque vistan nuevos ropajes, puede observarse la persistencia de algunos elementos de cada una de las matrices esbozadas en un inicio. En el caso de la matriz de la asistencia social, la transferencia de responsabilidades a ONGs y a las provincias se reviste de “procesos de descentralización” y el desarrollo de intervenciones de corto plazo paliativas y con alto grado de discrecionalidad en la toma de decisiones se viste de programas focalizados a población en situación de pobreza y vulnerabilidad social. En cuanto a la matriz de la atención primaria de la salud, la transferencia de responsabilidades con control se traduce en la federalización de los fondos del PMI, y la alta institucionalización formal se viste de eficientización y focalización de las intervenciones, de las cuales el PROMIN constituye el principal ejemplo.

Problemas fundamentales

Como se señaló con anterioridad, la década del '90 se caracterizó por un creciente sesgo hacia las prestaciones alimentarias dentro del conjunto de intervenciones de asistencia social, cuando la evidencia demuestra que el hambre no es el principal problema social sino que está estructuralmente asociado a las principales causas de la pobreza, las cuales derivan de la disminución del ingreso familiar por desempleo, precarización laboral,

etc (López, 1999; Lo Vuolo, 1999; Ansolabehere, 1999). Esto no significa, por supuesto, negar la existencia de sectores con problemas en cuanto a su seguridad alimentaria-nutricional.

En este contexto, un problema central de carácter político-institucional está asociado a la “inflación programática” y la carencia de políticas. Además del PRANI (1995) y el complemento alimentario del PROMIN (1993), por entonces se crearon el Prohuerta (programa que promueve el autoabastecimiento alimentario) gestionado originalmente por el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) al que se agregó a partir de 1996 la participación de la Secretaría de Desarrollo Social, el Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA)²⁶, y el Probienestar²⁷ (creado en 1992) gestionado por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

Cabe señalar entonces que a los programas de potencial cobertura universal y de larga historia, el PMI y el PROSONU (ex comedores escolares), que estaban insertos en los servicios sociales universales característicos (sistema público de salud y escuelas respectivamente), y a un programa de asistencia social tradicional como el POSOCO, se agregaron otras intervenciones focalizadas en lo alimentario o con componentes alimentarios. A saber: PROMIN, ASOMA, PROBIENESTAR, PRANI, PROHUERTA.

Resumiendo, de estos cinco programas:

- a) el PROMIN se constituye en el caso de inicio de un programa focalizado con financiamiento internacional inserto en un Ministerio con tradición en intervenciones universales, como el de salud;
- b) el PROBIENESTAR, representa el inicio de una intervención asistencial focalizada masiva en el INSSJP (la obra social más importante del país);
- c) el ASOMA, constituye un antecedente del reconocimiento de la necesidad de asistencia alimentaria a la población anciana carente de cobertura social,

²⁶ El cual consiste en la entrega de un bolsón de alimento o el subsidio a comedores que atiendan a ancianos mayores de 65 sin cobertura previsional. A este programa luego se agrega un componente de turismo social y de cobertura de medicamentos.

²⁷ El que consiste en la entrega de un bolsón de alimentos o el subsidio a comedores para jubilados o pensionados mayores de 70 años que perciban haber previsional mínimo.

complementando las intervenciones asistenciales características de institucionalización de ancianos indigentes (asilos de ancianos);

- d) el PRANI, programa de asistencia alimentaria focalizado, como se destacó puede considerarse un intento de recuperación de iniciativa de la Secretaría de Desarrollo Social respecto de las provincias, en tanto se crea con incumbencias en áreas cuyas responsabilidades habían sido transferidas a últimas (fundamentalmente PROSONU, POSOCO y FONAVI);
- e) el PROHUERTA, que como una actividad de extensión del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) primero, y del INTA con fondos de la SDS después, procuró dar respuesta a un creciente deterioro de las condiciones sociales del país²⁸.

Grassi, Hintze y Neufeld (1994) identifican aspectos críticos de este tipo de intervenciones: a) permanecen los programas “clásicos” (Comedores Escolares, PMI); b) no se mejoran los niveles de cobertura; c) falta de registro de la situación nutricional de los beneficiarios que permita realizar un seguimiento y orientación de los mismos²⁹; d) ausencia de sistemas de evaluación y seguimiento; e) imprecisión en la definición de la población beneficiaria y deficiencias de focalización; f) falta de integración de los programas, y de ausencia de lineamientos estratégicos de política alimentaria a nivel estatal.

Asimismo, cabe señalar otros dos aspectos problemáticos importantes en este proceso de continua expansión de la oferta de programas alimentarios desde el nivel central: 1) mayor cantidad de intervenciones pero descoordinadas, con cobertura deficiente y escaso impacto; y 2) expansión de la oferta de programas alimentarios aunque con poca eficacia en brindar seguridad alimentaria.

²⁸ Grassi, Hintze y Neufeld (1994) resaltan que a la par de la creciente focalización de acciones (que requiere criterios específicos de selección que den cuenta de las situaciones de vulnerabilidad social, no sólo de pobreza estructural), la suspensión de las medidas de intervención estatal en el control de precios o en el subsidio de estos, constituyó la ruptura de un mecanismo de transferencia de ingresos hacia los sectores más desfavorecidos, la cual no se resolvió a través de los programas de asistencia directa.

²⁹ Al finalizar el siglo, en la Argentina todavía no se ha realizado un Censo Nutricional, aún cuando el mismo estaba previsto de llevarse a cabo en el marco del PROMIN (programa materno-infantil nutricional financiado con fondos externos).

Mucho se ha debatido en los últimos tiempos, tanto en el plano académico como a nivel de efectores de políticas, de la fragmentación de programas sociales dirigidos a la población en situación de pobreza (Rodríguez Larreta y Robredo, 1999; Bustelo, 1999; Lo Vuolo, 1999; Kliksberg, 1997; Ansolabehere, 1999; Cortés y Marshall, 1999; Repetto, 2000) de sus problemas de coordinación y de sus consecuencias en términos de superposición de objetivos y poblaciones, duplicación de costos administrativos, baja cobertura, etc.

En vistas de los antecedentes de la discusión sobre este cuestionamiento, no se abundará aquí al respecto sino para resaltar que, según estimaciones realizadas a partir del análisis del presupuesto estimado por estos programas para 1997, los mismos manejaron recursos cercanos a los \$400.000.000 (40% aproximadamente de la inversión en programas focalizados en población pobre) (SIEMPRO, 1997)³⁰ los que fueron deficientes en términos del alcance de objetivos nutricionales y de cobertura, como se mostrará enseguida.

Según la Encuesta de Desarrollo Social (INDEC-SIEMPRO, 1997) el 80% de las prestaciones de estos programas llegaba a los dos primeros quintiles de ingreso, sin embargo en estos quintiles la cobertura de los programas de provisión de leche no superaba 1/3 de los niños y 1/4 de las embarazadas. El 57% de los niños que asistían a escuelas públicas recibían el servicio de comedor escolar, y del grupo de niños de 2 a 5 años sólo el 4% de estos recibía algún tipo de prestación alimentaria.

Por otra parte, estos programas tampoco lograban intervenir de modo significativo en el mejoramiento de los ingresos de las familias más pobres, cuando se identifica la pérdida de ingresos familiares como una de las causas básicas del aumento de la pobreza durante la década considerada. De acuerdo con un análisis realizado por Britos (1999), se estimaba que una familia que recibiese los beneficios simultáneos y permanentes de los programas PRANI, PROMIN, PMI, PROSONU y PROHUERTA, obtendría un beneficio del orden de los \$ 60 mensuales, lo cual representa una parte no del todo significativa de la canasta básica de alimentos, dada la composición de los hogares del primer y segundo

quintil de ingresos, situación altamente improbable por las dificultades de acceso a los mismos y por la discontinuidad en su prestación.

Por otro lado, una de las características de la política social en la Argentina es la ausencia de un sistema unificado de vigilancia nutricional que dé cuenta del estado de la población en la materia y provea insumos para el desarrollo de acciones que puedan intervenir sobre las patologías prevalentes. En su formulación original, PROMIN preveía la realización de una Encuesta Nacional de Nutrición y Salud por única vez, que procuraba responder a las deficiencias de información nutricional e incluía muestras bioquímicas que darían cuenta de situaciones de carencias de micronutrientes no detectables a través de las medidas antropométricas (que comúnmente se utilizan como indicadores de situación nutricional). Si embargo la misma no se llevó a cabo por dificultades presupuestarias³¹.

En vistas de esta falta de información de alcance nacional, las evaluaciones sobre patología nutricional de la población se derivan del análisis de investigaciones parciales. Entre otros, los estudios sobre Salta, Santiago del Estero y Tucumán realizados por el Ex Instituto de Investigaciones Nutricionales, los trabajos realizados por el Centro de Estudios Nutricionales (CESNI) en Buenos Aires, Misiones y Tierra del Fuego, así como estudios realizados sobre epidemiología nutricional y consumo alimentario (Britos, 1999).

Con estos antecedentes, Britos (1999) señala que la problemática nutricional de finales de los '90 se caracteriza por :

- La baja prevalencia de la desnutrición aguda, moderada a severa, la cual no constituye un problema nutricional en términos poblacionales.
- Cobra importancia el retardo de crecimiento lineal (índice talla/edad) en tal magnitud que permite afirmar que en jurisdicciones la población infantil está creciendo por debajo de su potencial genético.
- El retardo de crecimiento se inicia durante el primer año de vida , asociado a la introducción de alimentos complementarios a la lactancia.

³⁰ Aunque según datos de la Secretaría de Programación Económica y regional del Ministerio de Economía (1999) el gasto público social en promoción y asistencia social para el nivel nacional en 1997 era de \$ 237.000.000

³¹ Si bien se realizó una licitación internacional para asignar el trabajo, la oferta más baja superaba 3 veces el presupuesto previsto para la encuesta.

- La emergencia de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil.
- La prevalencia de anemia por falta de hierro.
- Evidencias acerca de la ingesta insuficiente de Vitamina A, calcio, vitamina C, vitaminas B1 y B2 y probablemente zinc y folatos en las mujeres embarazadas.
- La disminución de la calidad del consumo de alimentos (medida como densidad nutricional: relación contenido calórico con el contenido de micronutrientes) por parte de las poblaciones pobres especialmente durante la segunda mitad de la década del '90.

De acuerdo con estos señalamientos se puede afirmar que la oferta de programas alimentarios no da cuenta de estas características epidemiológicas, perdiendo eficacia como intervenciones nutricionales. El mismo Britos (1999) demuestra que en términos de adecuación de la densidad nutricional, los programas PRANI y Comedores Escolares, a diferencia del PROMIN, Prohuerta y PMI, no responden a las prevalencias evidenciadas, enfatizando la provisión de calorías y proteínas frente a los micronutrientes necesarios, como se verá en el Cuadro 6:

Cuadro 6: Adecuación de los alimentos distribuidos por los programas PRANI, PROMIN, PMI, Comedores Escolares, Prohuerta a la ingestas recomendadas

	PRANI	PROMIN		PMI		Comedores Escolares	Prohuerta
		Sin Dilución	Con dilución	Sin dilución	Con dilución		
Calorías	13,1	143,0	16,6	27,2	3,1	30,0	1,9
Proteínas	12,8	115,0	13,3	57,8	6,7	40,0	3,9
Calcio	12,7	131,0	12,6	120,0	11,5	20,4	3,5
Hierro	6,0	33,0	5,8	0,0	0,0	35,0	9,3
Vitamina A	5,4	55	5,2	49,8	4,6	30,8	28,0
Vitamina C	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	44,4	44,0
Zinc	3,6	17,00	2,8	0,0	0,0	25,0	2,4

Fuente: Britos (1999).

I.4.- REFLEXIONES A MODO DE SINTESIS

Como pudo observarse en el período bajo análisis hay algunas novedades respecto a las características de las matrices tradicionales en este campo de intervención estatal:

- a) La alimentarización de las políticas asistenciales y asistencialización de las políticas alimentarias: Dan cuenta de esta tendencia fundamentalmente los siguientes aspectos: a) la creación de nuevos programas cuyo principal objetivo es la asistencia alimentaria en detrimento de las intervenciones nutricionales (PRANI, ASOMA y PROBIENESTAR), más allá de lo que muestran las evaluaciones sobre situación nutricional de la población; y b) la importante proporción del presupuesto asignado a estos (aproximadamente 40% del total de fondos asignados a los programas sociales focalizados en población en situación de pobreza y vulnerabilidad social)
- b) Transferencia de responsabilidades a las provincias: Como dan cuenta la coparticipación del PROSONU y el POSOCO y la federalización de los fondos del componente nutricional del PMI.
- c) Creación de nuevas instancias del estado responsables de la atención a la población pobre: De la cual la creación de la Secretaría de Desarrollo Social como dependencia de la Presidencia de la Nación, constituye un cabal ejemplo.

Sin embargo, es posible afirmar que estas novedades son funcionales a lo que se ha denominado la reproducción global de la matriz de la asistencia social y de la atención primaria de la salud.

En relación con la matriz de la asistencia social, sostendremos que la primera novedad (p.e. en el caso del PRANI, PROSONU y POSOCO) es consonante con: a) La baja institucionalización formal: No se crean por Ley, la capacidad en el seguimiento de las acciones es nula o deficiente, no existe un sistema eficiente de premios y castigos, y no existen criterios claros de distribución de recursos. En síntesis las reglas del juego son arbitrarias, y más allá de estar contenidas por un marco básico se terminan definiendo por la relación bilateral programa- provincias, o heredan esos resultados (como en el caso del PROSONU y el POSOCO al momento de la transferencia); y b) La orientación de corto plazo de las intervenciones y la rotación de programas, funcionarios³² y profesionales contratados, en tanto se constituyen en emblemas de los diferentes gobiernos³³.

³² Aunque estos hayan accedido a los cargos por concursos.

³³ Un interesante ejemplo de ello lo constituye, el cierre del PAN por el gobierno de Carlos Menem en 1989, y la reorientación de los programas alimentarios que produjo el gobierno de Fernando de la Rúa en el 2000.

Por su parte la segunda novedad es consonante con la transferencia de responsabilidades a terceros sin adecuados mecanismos de control, y así se observa la transferencia del PROSONU y el POSOCO las provincias, respecto de las cuales la Nación no se reservó atribuciones de seguimiento, asistencia técnica, sanciones por incumplimiento, etc.

Respecto de la matriz de la atención primaria de la salud, las novedades respecto del PROMIN y el PMI, son consonantes con: a) la mayor institucionalidad de las acciones: los programas se aprueban por ley, existen procedimientos definidos de acceso, la modalidad de acción está normatizada, son claros los mecanismos de distribución de recursos, en otras palabras presentan reglas de juego más claras y previsibles que en el caso anterior; b) la orientación al mediano-largo plazo: los más de 60 años de ejecución del PMI hablan por sí solos, así como la hace continuidad de sus equipos profesionales (aunque no de los responsables máximos de éste); y c) la transferencia de responsabilidades a terceros con capacidad de control: más allá de la capacidad efectiva de implementación, la federalización de los fondos del componente nutricional del PMI al operativizarse a partir de convenios que incluían un programa de trabajo, se constituyeron en una instancia objetiva de seguimiento.

II.- LA LOGICA DE ACCION DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA ALIMENTARIA

En este apartado se trabajará la caracterización de la relación entre la Nación, en este caso expresada entre 1989 y 1994 el Ministerio de Salud y Acción Social, y entre 1995 y 1999 por este Ministerio y la Secretaría de Desarrollo Social, y las provincias, desde la perspectiva nacional centrada en la persistencia de la matriz asistencial en materia alimentaria y de la atención primaria de la salud en el caso del PMI. Nos concentraremos, en el plano institucional, específicamente en las Direcciones de Maternidad e Infancia en el caso del PMI y las Secretarías o Subsecretarías de Acción Social o Desarrollo Social en los casos del PROSONU y POSOCO.

Se considerará que esta relación entre la Nación y las provincias da cuenta de una interacción dinámica entre ambos niveles, y que en cuanto a los programas que concentran la atención de este trabajo se identifican (desde la perspectiva del gobierno nacional) tres

momentos con características diferentes. Estos momentos son: a) 1989-91: toma de distancia y compensación; b) 1992: transferencia de servicios y pacto fiscal; y c) 1993/95-1999: viraje de la posición del gobierno nacional.

II.1.- 1989-1991: Toma de distancia y compensación

Denominamos así a este período ya que la característica distintiva de este bienio es la toma de distancia del gobierno entrante (Menem en 1989) respecto de las prácticas del gobierno saliente. Esta toma de distancia se da tanto a nivel de la política económica, ante una situación de crisis hiperinflacionaria – que determinó la salida anticipada del gobierno del Dr. Raúl Alfonsín- y del programa “insignia” de las políticas sociales dirigidas a la población en situación de pobreza durante dicha gestión, el Programa Alimentario Nacional (PAN). Las principales críticas a esta programa se basaban en su carácter asistencialista y “clientelar”.

Sin embargo, en lo que respecta a la relación entre la Nación y las provincias en materia de políticas sociales, en esta etapa no existen mayores cambios en cuanto a asunción de nuevas responsabilidades por parte de las segundas, sino hasta 1991³⁴. En cuanto a los programas de interés en este trabajo hasta entonces se observan continuidades: la provisión de leche por parte del PMI continúa realizándose de manera centralizada, y el PROSONU se sigue gestionando como desde 1984, en que se extiende a las 24 provincias a las que se les asignan los fondos previa presentación de un plan de trabajo y firma de un convenio.

La principal transformación en este momento es la creación del POSOCO, por Ley N° 23767 de 1989. Cabe destacar que este programa surge luego del intento fallido de suplantarlo al PAN por un “bono solidario” cuya responsabilidad de distribución recayó sobre la Confederación General del Trabajo (CGT), el cual casi inmediatamente fue suspendido por denuncias de irregularidades en su funcionamiento.

³⁴ Sin embargo a partir de 1990 comienza a gestarse una en la estructura tributaria que aumentará la masa de recursos coparticipables. Estas reformas tuvieron como ejes principales: a) la ampliación de la base del IVA; b) la baja de las alícuotas de ganancias; c) la eliminación de gravámenes sobre las exportaciones; d) la modificación del impuesto a los combustibles, e) la eliminación de impuestos menores, y f) la imposición sobre la nómina salarial. Este proceso, junto con la estabilización y el aumento del consumo determina un

Como se señaló al momento de dar cuenta de las principales características de este programa, no puede dejar de destacarse que más allá de la amplitud en sus objetivos, y la indeterminación normativa³⁵, el mismo representa una innovación en la modalidad de gestión al incorporar en el nivel central y en los niveles provinciales a representantes de los respectivos poderes legislativos del oficialismo y del principal partido de oposición.

Claramente en 1989 y 1990 la prioridad en la agenda pública y en la agenda gubernamental resultaron ser la estabilización económica y el cambio de reglas de juego básicas como condición de posibilidad para la reforma económica emprendida. No obstante, la crisis hiperinflacionaria primero, y sus consecuencias y recuerdo después, así como la pauperización de los ingresos de un número importante de personas, constituye una instancia propicia en que se instala la como cuestión problemática pública el hambre y la necesidad de superar las situaciones de inseguridad alimentaria. En otras palabras, es el inicio de esta asociación de pobreza con hambre que señaláramos al comienzo de este trabajo.

Este es el momento en que se generalizan los comedores comunitarios e infantiles, los cuales surgen como ollas populares promovidas por mujeres como una combinación de alternativas de satisfacción de las necesidades familiares y acción solidaria. La olla popular pierde su sentido de protesta (de hecho eran modalidades de acompañamiento de huelgas) y adquieren un sentido asistencial. Como señala Ruiz, experta entrevistada en el transcurso de la investigación: *“La irrupción de los comedores infantiles y comunitarios es a partir del año 1989. Antes eran fenómenos muy aislados. Se consolidan rápidamente, y entran así al sistema político como una forma válida de organización, y realmente ahí se quedaron instalados...”*

aumento de los recursos toles entre 1990 y 1993 del 14,7% del PBI al 19,6% del PBI (Cetrángolo y Jiménez, 1996)

³⁵ De acuerdo con BID- CIEPP (1996) el POSOCO presenta algunas características notables que darían cuenta de la debilidad de su marco normativo, entre otras: a) que la brecha entre el aporte mínimo y máximo per cápita es de aproximadamente del 500%, b) la asignación per cápita más alta corresponde a la provincia de La Pampa que ocupa en penúltimo lugar en el ranking de NBI provinciales, y c) entre el grupo de provincias que ocupan los primeros lugares en la asignación de recursos per cápita según población con BI, no figuran, Santiago del Estero, Chaco, Salta, Jujuy, Misiones, Corrientes ni Tucumán, siete de las diez provincias con mayor proporción de población pobre.

A inicios de los '90, estos comedores funcionaban en base a donaciones, aportes municipales y eventualmente nacionales. Asimismo, existe coincidencia en situar a este período como el momento de surgimiento de este tipo de comedores también a nivel provincial (ya que los comedores escolares tienen una historia más larga y de mayor estabilidad por funcionar dentro de la institución escolar), señalándose que la expansión y crecimiento masivo de este tipo de instancias se vincula con momentos de catástrofe o conflicto social (como inundaciones, nevadas, saqueos, etc). El testimonio de una funcionaria de la provincia de Neuquén respecto a los comedores en la década del '80 indica: *“Empezamos con lo alimentario cuando los comedores eran muy pocos y se podían cumplir los objetivos...Eran 8 o 10 , ahora hay más de 40 sólo en Neuquén Capital...”*

A partir de ese momento, se registra un proceso de dependencia estatal creciente de este tipo de iniciativas, así como la creación de programas estatales a nivel nacional o provincial que se apoyan en ellas y tienden a consolidarlas(con las consecuencias positivas y negativas que esto supone).

En cuanto a los recursos se observa una modalidad de relación bilateral Nación-provincias en el caso del PROSONU y del POSOCO, en los cuales no se explicitan los criterios de distribución de los recursos. En ambos casos la asignación de fondos a las provincias depende de la presentación y aprobación de planes de trabajo por la Subsecretaría de Promoción Social en el PROSONU, y de la Unidad Ejecutora Nacional en el caso del POSOCO. En tanto en el PMI, como las responsabilidades relacionadas con la atención primaria de la salud ya habían sido transferidas a los gobiernos provinciales en la década del '70 junto con los servicios de salud, sólo era entonces responsabilidad nacional la distribución de leche en polvo, de medicamentos y los componentes de capacitación y equipamiento. En el caso de la leche, componente nutricional del programa, se compraba leche en el nivel central y se distribuía a las provincias de acuerdo con un indicador definido en el Consejo Federal de Salud (COFESA) en 1984. Cabe destacar que respecto a la distribución de la leche, de acuerdo a entrevistas realizadas a decisores de salud durante fines de la década del '80 y principios de la del '90 la opinión generalizada era (al decir de un entrevistado) que: *“todo el mundo hablaba de los indicadores de distribución de la leche, pero nadie nunca vio como se calcularon”*.

Puede afirmarse, entonces, que en el caso de los programas dependientes de la Secretaría de Acción Social en el nivel nacional, predominan las modalidades de asignación de recursos derivadas de negociaciones bilaterales entre Nación y cada provincia. Siguen de alguna manera la matriz de los programas de asistencia social: transferencia de responsabilidades a terceros (gobiernos municipales, organizaciones comunitarias, etc. sobre todo en comedores comunitarios e infantiles) y baja institucionalización formal de los procedimientos, de hecho por ejemplo en cuanto a la asignación de recursos, no consta en la documentación consultada que existiera un criterio de distribución objetivo. Así, el presupuesto recibido por cada una de las provincias responde a las capacidades de las mismas para formular proyectos o planes de trabajo, a su capacidad de presión o negociación y a la decisión política de las instancias involucradas de aprobar los mismos.

Una aproximación a la inversión en acción social puede realizarse a partir del análisis del gasto destinado a asistencia social realizado por la Secretaría de Programación Económica y Regional (Cuadro 7).

Cuadro 7: Gasto Público Consolidado en Promoción y Asistencia Social en Sectores Sociales por Niveles de Gobierno entre 1989 y 1997 (en millones de \$)

Año	Nación	Provincias	Municipios	Total
1989	885	620	219	1725
1990	250	632	315	1197
1991	182	764	470	1416
1992	190	887	618	1696
1993	176	1036	814	2026
1994	206	1187	832	2225
1995	210	930	679	1819
1996	211	1068	647	1926
1997	237	1475	660	2371

Fuente: Ministerio de Economía, Secretaría de Programación Económica y Regional, Dirección Nacional de Programación del Gasto Social (1999).

Como puede observarse en el cuadro anterior, entre 1989 y 1991 se produce una reducción del gasto en promoción y asistencia social realizado por el nivel nacional del gobierno y un crecimiento sostenido de este tipo de gasto en las Provincias y Municipios. Ya a mediados de 1991, luego de implementada la Ley de Convertibilidad, comienza la

discusión acerca de la transferencia a los gobiernos provinciales de servicios de educación y salud, que todavía permanecían en manos de la Nación. Es en esta discusión donde la provincias resisten la transferencia de estos servicios sin la adecuada dotación de presupuesto. Por otra parte, a iniciativa de la Cámara de Diputados, surge la propuesta de regular este proceso a partir de una ley específica, oponiéndose a la propuesta del Ministerio de Economía de inclusión directa de estos recursos en la Ley de Presupuesto de 1992. Según reseña Senén González (1998) en la Cámara de Diputados esta ley no tuvo discusión, en tanto sí la tuvo en la Cámara de Senadores. Sin embargo de acuerdo con la citada autora, no puede dejar de destacarse que mientras en la cámara de diputados el principal partido de oposición (Unión Cívica Radical) votó en contra de la transferencia, en la Cámara de Senadores (representantes directos de las provincias) este mismo partido lo hizo afirmativamente. Evidentemente este proceso supuso arduas negociaciones, las que fueron encabezadas por el equipo del Ministerio de Economía (en ese momento a cargo de Cavallo), que derivó en adhesiones en diferentes momentos de las provincias opositoras e incluso resistencias de las provincias oficialistas. Un claro indicador de esto lo constituye el voto diferente en cada una de las cámaras del parlamento, del principal partido de la oposición.

En suma, en 1991 se transfirió la responsabilidad de la planificación y ejecución de las políticas de asistencia alimentaria infantil a los niveles provinciales. Esta transferencia se legitima a través de la Ley de Transferencia de Servicios a las Provincias (N° 24.049, de 1991) en la que predominan los contenidos relacionados con los servicios educativos y de salud (escuelas, hospitales, personal, etc). En la misma no se establece una autoridad de aplicación para estos programas. Puede sostenerse que, en el momento en que se produce la descentralización de estos servicios, la cuestión alimentaria (a la luz del auge de la estabilidad económica) había dejado de ser una cuestión prioritaria como lo fue coyunturalmente en la etapa hiperinflacionaria. Se sostendrá que se utilizaron dichos fondos como prenda de negociación para la aceptación por parte de las provincias de reformas estructurales en materia de coparticipación y de la transferencia de servicios educativos.

Esta transferencia sin previsión de mecanismos de control por ley nacional, permite asumir dos aspectos que habrán de analizarse oportunamente: a) estos fondos se asumieron

como recursos de libre disponibilidad (esto lo confirman diferentes análisis acerca de la implementación de estos programas, ya que se registran atrasos en la transferencia de fondos a las escuelas y otras irregularidades); y b) en general, la transferencia de responsabilidades a las provincias cuando van de la mano de las transferencias de recursos y cierto margen de autonomía en su aplicación, no encuentran mayores resistencias por parte de los gobiernos subnacionales.

Como se relevó en gran parte de las entrevistas realizadas a los participantes directos del proceso de negociación de la transferencia, el PROSONU y el POSOCO fueron considerados “premios consuelo”, tal como puede observarse en el siguiente testimonio: *“Esto surge en el mismo tiempo que las transferencias de servicios educativos. Por un lado te largaban una carga muy pesada y por el otro lado te facilitaban este mecanismo que tiene la gran ventaja de ir con los recursos de coparticipación y entonces nunca te fallan...”*

II.2.- 1992: Transferencia de servicios y pacto fiscal

En este momento, a diferencia del anterior, el énfasis global del gobierno de Menem estuvo puesto no ya en lograr sino en consolidar la estabilidad económica, y el proceso de transformación de las funciones del nivel nacional del Estado. Este movimiento de retracción del aparato estatal central estuvo definido por su corrimiento de las funciones de producción e intervención en los mercados, y de responsabilidad en la provisión de servicios sociales, hacia las funciones de regulador en lo económico y de normatizador en materia de servicios sociales. Al decir de Senén González (1998), se produce un proceso de privatización de las empresas estatales y de las empresas de servicios públicos rentables y de transferencia de las responsabilidades en materia de servicios sociales (que todavía eran de incumbencia nacional) a las provincias. En otras palabras lo “rentable” se privatiza y lo no rentable (aquello que constituye una inversión estatal por excelencia) se transfiere a los gobiernos provinciales.

El año 1992 se caracteriza fundamentalmente por la firma del denominado “Pacto Fiscal” entre la Nación y las provincias. Luego de las Leyes de Emergencia Económica y Reforma del Estado, se considerará que este acuerdo es la iniciativa política explícita más agresiva desde la asunción del gobierno en 1989 para definir las relaciones financieras

entre la Nación y las provincias. Este pacto fiscal tiene los siguientes fundamentos asociados a lo social:

- “- Asistir a las necesidades sociales básicas, especialmente aquellas vinculadas con el sector pasivo.
- Afianzar el federalismo reconociendo el creciente papel de los gobiernos provinciales y municipales en la atención de las demandas sociales de la población.
- Garantizar la estabilidad económica y garantizar las bases para el crecimiento económico.
- Profundizar la reforma del sector público en sus dimensiones nacional, provincial y municipal.
- Facilitar el acceso a la vivienda.
- Profundizar el proceso de descentralización como modelo para la prestación de las funciones básicas del Estado.”

La propuesta básica de este acuerdo era la resignación por parte de las provincias del 15% de la masa de impuestos coparticipables más la suma de \$43.500.000 mensuales, los cuales se destinarían a atender el pago de obligaciones previsionales y “otros gastos operativos que se considere necesarios” y la cobertura de desequilibrios fiscales de las provincias suscriptoras del acuerdo, respectivamente. Paralelamente la Nación aseguraba hasta el 31/12/93 un ingreso mensual mínimo de \$ 725.000.000 a distribuir entre las provincias según los parámetros de distribución secundaria de la coparticipación. En tanto, a cambio de esta garantía las provincias se comprometieron a que el incremento de sus gastos corrientes financiados con fondos de coparticipación no podía exceder el 10% sobre lo erogado en 1992. Por otra parte, cualquier excedente de coparticipación, debía destinarse a la cancelación de deudas previas al acuerdo e inversiones de capital. Se estableció la transferencia automática *“dentro de las limitaciones autorizadas por la ley de presupuesto respectiva y las acordadas con organismos internacionales”* de los recursos financieros correspondientes a : a) Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI); b) Consejo Federal de Agua Potable y Saneamiento (COFAPYS); c) Fondo de Desarrollo Eléctrico del Interior (FEDEI); y d) Fondo Vial Federal³⁶.

³⁶ En este marco, también se solicitó al Congreso de la Nación el tratamiento de los proyectos de ley acerca de los siguientes temas: a) Reforma del régimen de previsión social; b) Federalización de hidrocarburos y privatización de Yacimientos Petrolíferos Fiscales; c) Privatización de la Caja Nacional de Ahorro y Seguro,

Asimismo, dentro de la cláusula séptima (la que incluye el compromiso a tratar los proyectos de Ley antes señalados) se incluyó también el siguiente párrafo en el que se hacía mención a la obligación de las provincias a suscribir los convenios de transferencia de servicios: *“Las partes se comprometen a firmar los convenios de transferencia de servicios según lo establecido por las leyes 24049 y 24061 y el decreto 964/92 antes del 31/12 de 1992, garantizándose a las provincias el financiamiento de los servicios transferidos, de acuerdo a las citadas normas”*.

Como puede observarse, este acuerdo es instituyente de muchos de los aspectos centrales del proceso de reforma estructural que había comenzado con el gobierno de Menem. En consonancia con lo anteriormente indicado, se observa la inclusión en el compromiso de la asunción de los servicios sociales por parte de los estados provinciales, y también la aceptación de la privatización de la empresa petrolera estatal (Yacimientos Petrolíferos Fiscales), el Banco Nacional de Desarrollo y la Ley de Federalización de Hidrocarburos.

Del análisis de los debates parlamentario que suscitó este pacto, se visualiza que públicamente se lo presentó como una acción del Estado Nacional destinada a mejorar la situación de los jubilados y pensionados (grupo que por otra parte había logrado un alto nivel de movilización y reclamo), y que contribuiría a alcanzar el 82% móvil en la remuneración de estos. Sin embargo, desde la oposición se planteó que este argumento era un engaño destinado a sensibilizar a la opinión pública que encubría la intención estrictamente fiscal del mismo. En este marco quedó en evidencia la exclusión de las provincias y el parlamento de los aspectos más relevantes de la reforma económica en curso, entre cuyos aspectos centrales destacan: la firma del Plan Brady, la privatización del gas y la constitución del Ente Nacional Regulador del Gas, así como la influencia en las modalidades de gasto provincial al poner topes a la utilización de los fondos coparticipados para incrementar gastos corrientes, entre otros puntos.

de la Casa de la Moneda y del Banco Nacional de Desarrollo (destinando el 50% de esos recursos a financiar la reforma de los estados provinciales); d) Administración financiera y control de gestión, e) Reforma de la

En varios tramos de los debates derivados del Pacto Fiscal, tanto en la Cámara de Senadores como en la Cámara de Diputados, se hace referencia a la transferencia de servicios educativos y de salud, considerándosela traumática. La siguiente transcripción de la posición de un legislador opositor es ilustrativa al respecto: *“¿Como se puede hablar de afianzar el federalismo cuando cada tres o cuatro días se produce un “cañonazo” de transferencias de servicios a las provincias? ¿Es afianzar el federalismo transferir en forma forzada los servicios educativos, los ferrocarriles y cuántas otras cosas sean necesarias? Revisando el acuerdo suscrito, nos encontramos con que las provincias deberán hacerse cargo de los servicios financieros por los préstamos internacionales vinculados con el Fondo Nacional de la Vivienda (FONAVI) y el Consejo Federal de Agua Potable y Saneamiento (COFAPyS) respecto de obras realizadas en sus jurisdicciones. No solamente se transfieren servicios sino que incluso se trasladan deudas a cada una de las provincias”* (Cámara de Diputados de la Nación, Agosto 19 y 20 de 1992).

Se sostendrá aquí que 1992 es el año de la consolidación de la transferencia de los servicios. Mientras en 1991 se sancionó la Ley que lo establece, 1992 se empieza a implementar, y es en el marco del Pacto Fiscal de ese año que las provincias asumen el compromiso de firmar los convenios de transferencia. De acuerdo con el estado de situación publicado por la Dirección de Coordinación Fiscal con las Provincias del Ministerio de Economía, en 1994 la totalidad de las provincias había firmado el convenio correspondiente a la transferencia del PROSONU y el POSOCO, aunque lo mismo no había sucedido con los servicios educativos. Al respecto, y en consonancia con la consideración de estos fondos como premio consuelo ante la transferencia de los servicios educativos, esta adhesión generalizada puede considerarse indicativa del interés provincial por el manejo de estos recursos y de los bajos costos que les reportaba este cambio.

Respecto al PMI, 1992 también es un año definitorio en el proceso de transferencia de los fondos para la compra de leche a las provincias. Si bien a fines de 1991 en reunión del Consejo Federal de Salud se acuerda la federalización de los recursos de este programa, es en 1992 cuando se realiza la adaptación de la operatoria que deriva en la firma de

carta orgánica del Banco Central; y e) Prórroga de las leyes de Reforma del Estado y Emergencia Económica por un lapso de 365 días.

convenios entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y sus contrapartes provinciales, respecto de la implementación de esta decisión.

A diferencia del período anterior, 1992 es un momento de transición en el marco de transformaciones estructurales respecto de la operatoria de estos programas. Es un momento de objetivación de los parámetros de asignación de recursos y de relaciones políticas entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación a través de sus áreas de promoción y acción social y de maternidad e infancia, con sus contrapartes provinciales. Se considera como un momento clave, ya que se establecen parámetros de asignación de recursos, o en su defecto se establecen los recursos correspondientes a cada provincia y se convenian pautas de trabajo.

Para el caso del PROSONU y el POSOCO, la Ley de Transferencia de Servicios y la Ley de Presupuesto para 1992 establecen los recursos que recibirá cada provincia en concepto de cada uno de estos programas. Si bien existen trabajos que consideran esta modificación un retroceso respecto de la anterior modalidad de gestión, dado lo difuso que resulta el marco regulatorio derivado de la ley de transferencia (BID- CIEPP, 1996), aquí se sostendrá sin contradecir totalmente esa posición, que esta modalidad de asignación de recursos y de relación entre la Nación y las provincias contribuyó a mejorar el horizonte de previsibilidad de los fondos a recibir por parte de estas últimas y de su autonomía para desarrollar iniciativas propias. Es decir, se pasa de una relación de asignación de recursos signada por la capacidad de negociación bilateral entre cada provincia y la nación, dependiente de la relación política de dicha provincia al momento de la negociación de los recursos y programas de trabajo, a una instancia de relación en que los recursos están previamente establecidos³⁷.

No obstante, en consonancia con el trabajo realizado por BID-CIEPP (1996), debe señalarse la falta de herramientas de control, punición, evaluación y programación que se reservó la Nación en cuanto a estos programas, que le imposibilitaron cualquier tipo de intervención en los casos en que se observasen irregularidades en la utilización de estos fondos o en los procedimientos de gestión.

En cuanto al PMI, en los convenios firmados en 1993, establecieron los criterios de asignación de recursos para cada uno de los componentes del programa. En el caso de la leche entera los recursos transferidos se derivaban de la delimitación de la cantidad de población en situación de riesgo actualizada de acuerdo con datos del INDEC y en caso de la leche fortificada, la distribución consideraba la cantidad de desnutridos (Ruiz y Giraldez, 1997). No obstante, no existía especificación de criterios para los siguientes componentes: medicamentos, equipamiento perinatólogo, equipamiento informático y asistencia técnica.

En cuanto a las responsabilidades en el funcionamiento del PMI, la Nación se reservó las funciones de normatización, evaluación, monitoreo y control de gestión. En este sentido solicita la rendición de fondos de las partidas asignadas, reservándose la potestad de suspender las transferencias en caso de incumplimiento. De acuerdo con Ruiz y Giraldez (1997), las acciones de seguimiento del nivel nacional se restringen en general al control administrativo de la asignación de los fondos.

En este momento de transferencia de los servicios y consolidación de los mismos, desde la perspectiva de las provincias podemos hablar de tres tipos de situaciones: independencia en el caso de Buenos Aires, autonomía en Mendoza y Neuquén y aceptación en el caso de Chaco. Observaremos con más detalle este proceso en la siguiente sección.

II.3.- 1993/ 95 a 1998: Viraje de la posición de la Nación

Este tercer y último momento según la periodización adoptada en esta investigación, es quizás el que mayor riqueza analítica presenta, ya que se produce un doble movimiento en la relación entre la Nación y la provincias en cuanto al PROSONU, POSOCO y el PMI. Por una parte se comienzan a adaptar las dependencias provinciales a sus nuevas responsabilidades de gestión, y por otra parte, la Nación, luego de dos años de énfasis en la delegación de responsabilidades a las provincias, intentó retomar la iniciativa en la intervención tanto en promoción y asistencia social como en salud materno- infantil.

³⁷ Esto no significa que los mecanismos de distribución hayan mejorado, sino solamente que sobre todo en PROSONU y POSOCO las provincias saben cuanto van a recibir cada mes, aunque esto perpetúe situaciones

En materia de promoción y asistencia social, en 1994 se produjo un cambio organizacional relevante: la creación de la Secretaría de Desarrollo Social dependiente de la presidencia de la Nación³⁸. Con la creación de ésta, el Ministerio de Salud y Acción Social, sólo asumió atribuciones y responsabilidades estrictamente vinculadas con los servicios de salud pública y la regulación de los agentes del seguro de salud (obras sociales y prepagas), reservándose las acciones de promoción y asistencia social, vivienda y tercera edad como atribuciones de la Secretaría recientemente creada.

En cuanto a salud materno infantil, en 1993 se firmó un convenio con el Banco Mundial para el financiamiento del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) al cual ya se ha hecho referencia en el apartado anterior. Este programa comenzó a ejecutarse en forma paralela al PMI y con una modalidad de implementación centralizada (aunque con participación provincial en las Unidades Ejecutoras respectivas) ya que los proyectos y asignación de recursos se definían en el nivel central.

En este contexto es definitoria la influencia de los lineamientos de los organismos internacionales de crédito, que propugnan la focalización de programas como mecanismo de efficientización del uso de los recursos paralelamente a los programas universales, así como la lucha contra la pobreza a partir de la creación de estructuras específicas destinada a atender a estos sectores de población (en este sentido los llamados fondos sociales son un claro instrumento) (Ansolabehere, 1999). Para el primer caso, el PROMIN es un cabal ejemplo, en tanto funciona durante este período en forma paralela y hasta en competencia (los testimonios provinciales son elocuentes al efecto) con el PMI, la Secretaría de Desarrollo Social lo es del segundo, en tanto se constituye en el organismo responsable “de los pobres”, dependiente del más alto nivel de decisión (la Presidencia de la Nación) e independiente de los ministerios sectoriales con tradición en política social.

En vinculación con este proceso, y en el marco de la decisión del gobierno nacional de asumir deuda con organismos multilaterales de crédito para políticas sociales, tiene

injustas de distribución del tipo de las señaladas para el POSOCO.

³⁸ Cabe enmarcar este movimiento, en un momento en que comienza a subir el desempleo, y se observa que los rasgos más regresivos del modelo económico, más allá del crecimiento del PBI, son estructurales y han llegado para quedarse. Esto explicaría que también el Ministerio de Trabajo amplió por entonces la oferta de programas focalizados en la pobreza.

lugar la formulación e implementación de múltiples programas focalizados en la población pobre, vulnerable o en riesgo con financiamiento externo³⁹.

Las provincias, a la vez que se ajustan los mecanismos de implementación de los procesos de transferencia, se van adaptando a los requerimientos de los nuevos programas implementados por la Nación (PROMIN, PRANI, etc), los cuales en muchas ocasiones terminan fracturando el territorio, las iniciativas y las poblaciones en este nivel jurisdiccional. En este contexto se inscribe la puesta en vigencia del Decreto N° 892/95 que obliga a las provincias a la apertura de una cuenta social única en el Banco de la Nación Argentina a nombre de cada programa, a los efectos de facilitar el proceso de seguimiento y control de la nación sobre las transferencias a las provincias⁴⁰.

Junto con esta modalidad de intervención nacional, de las cuales el PROMIN y el PRANI son buenos ejemplos, se observa (en forma paralela al proceso de cambio de la relación entre la Nación y las provincias antes señalado) el retorno de una modalidad de negociación bilateral en la asignación de los recursos a cada una de ellas, derivado de la modalidad de implementación de estos dos programas.

Es importante señalar que en el ámbito de la Secretaría de Desarrollo Social en 1996 se creó y comenzó a funcionar el CONSEJO FEDERAL DE DESARROLLO SOCIAL (COFEDESOS) en el que estaban representados: la Nación a través del Secretario de Desarrollo Social y las provincias a través de los Secretarios o Subsecretarios de Desarrollo Social o Acción Social. Sin embargo, a diferencia del Consejo Federal de Educación y en menor medida del Consejo Federal de Salud, esta instancia no se constituyó en un lugar de definición y acuerdo de políticas sino en un espacio informativo de la oferta de programas nacionales y las condiciones de acceso a su financiamiento, a la vez que politizó su accionar. Al respecto un testimonio recogido de una funcionaria

³⁹ De hecho a 1998, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) había otorgado préstamos por \$ 2514 millones, de los cuales restaba desembolsar \$ 1430 millones, en tanto el Banco Mundial (BM) había otorgado préstamos por \$2483 millones, de los cuales quedaban por desembolsar \$ 1439 millones. Entre los programas financiados por este último se encuentra el PROMIN I. (Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999).

⁴⁰ Cabe aclarar que en varias provincias, en este caso el Chaco, por ley provincial los fondos transferidos por la Nación deben estar depositados en los bancos provinciales, como parte de los compromisos de privatización de los mismos. Por eso en esta provincia la cuenta en el Banco de la Nación funciona como

provincial es elocuente: *“En el Consejo Federal de Desarrollo Social (COFEDES) no hubo acuerdos. Siempre la Nación definió como se distribuía la plata y si la querías o no. Creo que en el COFEDES fue más politizado el asunto, cuando veías la distribución de los recursos era para salir corriendo”*.

En consonancia con la menor influencia de las reglas de juego formales en las políticas de asistencia social, se puede considerar que el COFEDES es una afirmación de esta impronta. Se crea un consejo que ni siquiera es consultivo sino que funciona como un mero espacio de información (lo cual era necesario) pero no de decisión de políticas y funciona regularmente hasta mediados de 1998, momento a partir del cual no se convocaron reuniones hasta el fin del gobierno en diciembre de 1999. Asociado a esto, desde las provincias tampoco se organizó una demanda realmente efectiva para cambiar este estado de cosas. Podría suponerse que las posibilidades de negociación bilateral, las condiciones políticas y la práctica provincial de traccionar los recursos disponibles independientemente de su adecuación a los objetivos de política provincial (cuando los hay) han constituido algunas de las razones que dan cuenta de este comportamiento.

Habiendo analizado algunas características distintivas de la relación entre la Nación y las provincias desde la óptica de la primera en cuanto a la gestión de estos programas, en el próximo apartado se analizarán las modalidades de implementación en cada una de las provincias.

III.- LAS EXPERIENCIAS PROVINCIALES

En esta sección se realizará el análisis comparativo del modo en que la transferencia de recursos para programas alimentarios fue procesada –e impactó– en las provincias bajo estudio: Buenos Aires, Chaco, Mendoza y Neuquén.

Tal como se indicó varias veces a lo largo del trabajo, no puede desconocerse la complejidad de la relación que entablan la Nación y las provincias en la década del '90 en materia de recursos para programas alimentarios. En vistas de esta complejidad se han

cuenta puente, en tanto los fondos en cuanto son depositados en ella son transferidos a una cuenta en el Nuevo Banco del Chaco.

seleccionado las siguientes dimensiones como ejes del análisis por considerarlas relevantes en el campo de los programas investigados y de las dependencias nacionales y provinciales involucradas. Estas dimensiones son:

Recursos: Para lo cual se tendrán en cuenta las características de:

- *Proceso de asignación de los recursos:* al respecto se considera que uno de los impactos mayores en los procesos de transferencia analizados es la posibilidad de las provincias del acceso a recursos monetarios, materiales y humanos provenientes del nivel nacional. Se identifican tres modalidades posibles de relación vinculadas con este proceso: aceptación, negociación bilateral o negociación multilateral, y prescindencia.
- *Dependencia financiera:* intenta captar las posibilidades de las provincias para asignar recursos propios (presupuesto provincial) al desarrollo y/o complementación de estas iniciativas que derivan de la Nación.

En relación con ambas dimensiones se propone caracterizar a las provincias de acuerdo con su nivel de dependencia financiera y de su capacidad de negociación de recursos. Consideraremos que una provincia es: *a) independiente:* cuando la provincia presenta una situación de prescindencia en la negociación y de independencia en los recursos; *b) autónoma,* cuando presenta capacidad de negociación bilateral o multilateral y capacidad de asignar recursos propios a los programas transferidos o a programas propios vinculados con la temática; y *c) dependiente,* cuando la provincia no tiene margen de negociación de las condiciones de acceso a los recursos ni capacidad de asignar fondos propios a estos programas o a iniciativas similares.

Políticas: Aquí se observarán las características de:

- *Definición de políticas provinciales:* intenta dar cuenta de la mayor o menor independencia, autonomía o aceptación de las áreas provinciales responsables de implementar estos programas para formular políticas en que los mismos se inserten. No deberán dejar de considerarse los tipos de intercambios que suscitan cada una de estas situaciones, así como su forma de manifestación: asistencia técnica, elaboración de programas, etc.

Se observará a las provincias de acuerdo con su nivel de acción propia en el diseño e implementación de programas propios y/o en la adaptación a las

necesidades provinciales de las propuestas nacionales. Los niveles propuestos son: *a) independencia*: cuando la provincia presenta capacidad para el desarrollo e implementación de programas propios con identidad específica, diferenciada de los programas nacionales; *b) autonomía*: cuando la provincia adapta e integra los programas transferidos a las iniciativas provinciales; y *c) aceptación*: cuando la provincia no presenta iniciativas propias que integren de manera original los programas transferidos.

- *Situación política provincial respecto al gobierno nacional*: procurará expresar la forma en que condiciona la relación entre ambos niveles la identidad partidaria del gobierno provincial. Uno de los interrogantes que surgen es cómo opera respecto de estos programas la condición de oficialismo u oposición del gobierno provincial respecto del gobierno nacional.

Considerando estas dimensiones, y antes de ingresar de lleno en el análisis de lo sucedido en cada provincia, conviene retomar las tres etapas presentadas en la sección anterior y ubicar en ellas algunos rasgos del posicionamiento provincial en materia de la transferencia de recursos para programas alimentarios.

En lo que refiere a la etapa que transcurrió entre 1989 y 1991, el estudio permite señalar que, en cuanto a la dependencia financiera de las provincias observadas, puede indicarse que en esta etapa era alta, fundamentalmente en el caso del Chaco en los tres programas analizados. En tanto las provincias de Mendoza, Neuquén y Buenos Aires presentaron una situación de mayor desahogo financiero.

Desde la perspectiva de las cuatro provincias estudiadas, podemos señalar que en el momento previo a la transferencia, en ninguna se presenta una situación de rechazo a las propuestas que en la materia aún eran gestionadas desde el nivel central, aunque sí de crítica a diversos aspectos de las mismas. Tomando en cuenta las categorías presentadas, más bien puede hacerse referencia a situaciones de independencia en Buenos Aires, autonomía en Mendoza y Neuquén y aceptación en Neuquén y Chaco, con ciertas variaciones dependiendo los programas.

En lo que refiere a la segunda de las etapas observadas, la que se concentró en el año 1992, se puede afirmar que la modalidad de transferencia del PROSONU y POSOCO, si bien presentaba ventajas para las provincias, partía de una falsa premisa respecto a una supuesta capacidad homogénea de las mismas para asumir nuevas responsabilidades de planificación, monitoreo y evaluación, además de la administración y ejecución⁴¹.

No obstante, y esto es común en los tres programas analizados, las provincias evaluaron positivamente la posibilidad de disponer de los recursos para realizar en el propio territorio las compras de leche en polvo o alimento, con los siguientes argumentos a favor: a) que consiguen mejores precios; b) que se realiza una distribución más ordenada a cada zona sanitaria o localidad; c) que no se regulan las compras razón por la cual se evita la distribución indiscriminada por cercanía del vencimiento; y d) rescatan la posibilidad de manejar los tiempos de provisión, que estaban fuera de su injerencia cuando las compras las centralizaba la nación⁴².

En la etapa que se extendió entre 1993 y 1998 también se producen múltiples ajustes de los procedimientos provinciales, así como acomodamientos autoproducidos en vista del aumento de la demanda de este tipo de prestaciones. Ejemplos de estos movimientos son: a) los cambios en los organigramas (fundamentalmente creación de áreas de desarrollo social); b) creación de programas alimentarios provinciales; c) intentos en el mejoramientos en los sistemas de compras o licitaciones; y d) revalorización de las áreas de salud materno infantil.

En cada una de las provincias estudiadas se presenta alguno de estos procesos. En Mendoza y Chaco, por ejemplo se crearon áreas de desarrollo social con incumbencias

⁴¹ En cuanto a la falsedad de esta premisa, la opinión de una entrevistada con amplia trayectoria en la evaluación de este tipo de programas, resulta especialmente adecuada: *“Para las provincias, manejar fondos que no tenían les sirvió para reactivar alguna parte de su economía que estaba en malos términos. Creo sin embargo que es muy poco porque no ha sido verdadera descentralización. Son pocas las provincias que aprovecharon para que esto sirviera para reorientar sus políticas sociales. Quizás fueron las provincias que solas, sin esto, lo hubieran podido hacer igual, de hecho algo había en el camino. A la mayoría les vino bien durante un tiempo, luego se fue incorporando y es el Ministerio de Economía de cada provincia quien decide cuando les pasa los fondos”*.

⁴² Un testimonio recogido en la entrevista realizado a un ex Ministro de Salud de la Provincia del Chaco, ilustra la situación respecto a este último aspecto. Se refirió a un episodio que le tocó atravesar durante su gestión en el cual un camión que salió de Buenos Aires con un cargamento de leche en polvo para el Chaco, en una parada de descanso fue tomado por el gobierno provincial en cuyo territorio tuvo lugar la detención del vehículo que transportaba la mercadería.

similares a las de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación, es decir, atención y promoción a la población pobre. En éstas se realizaron esfuerzos de articulación de las diversas iniciativas dando lugar a programas alimentarios, el Programa Provincial Nutricional (PPN) en la primera y el PRONU Chaco en la segunda.

La provincia de Buenos Aires, por su parte, mantuvo un perfil diferenciado, tanto por su capacidad de asignación y autonomía de recursos como por las características sociales y económicas de la misma. Sin embargo la trayectoria en general fue similar a la de los otros casos bajo estudio, en 1993 se procuró crear un plan unificador de las diferentes iniciativas alimentarias, y en 1994 transformó el Consejo Provincial de la Mujer en Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano, al cual se le transfirieron las responsabilidades de salud y asistencia social. En ese año también se decidió revalorizar el Programa Materno Infantil a nivel provincial.

Finalmente, no puede dejar de destacarse que, más allá de la aceptación de las modalidades de transferencias de recursos de estos programas, existen señalamientos críticos por parte de las provincias a cada una de ellas. En el caso de los fondos PROSONU y POSOCO, aún cuando se valora la sistematicidad de la recepción de los fondos en tanto se incluyen en la coparticipación, se señala que los montos recibidos se mantienen constantes cuando la condiciones sociales han empeorado y la demanda de este tipo de prestaciones ha aumentado a lo largo de los años '90. En cuanto al PMI, por su parte, se critica la fluctuación en la recepción y el volumen de los fondos, sobre todo del componente leche, lo cual dificulta las posibilidades de planificación, especialmente en las provincias más dependientes de estos recursos⁴³.

Tomando en cuenta cada uno de los momentos descriptos y las dimensiones consideradas de los recursos y de las políticas, la evolución observada puede sintetizarse de la siguiente manera (Cuadro 8).

⁴³ En más de una entrevista se destaca por ejemplo, que en 1998 se le quitaron fondos a este programa para asignarlos al programa de prevención de HIV, ante un aumento de la demanda organizada de las personas afectadas por esta enfermedad, frente a la invisibilidad política de las madres y los niños.

Cuadro 8: Síntesis de la evolución de las modalidades de asignación de recursos y definición de políticas desde la perspectiva de la relación nación provincias por momentos de esta relación

Dimensiones Momentos	Recursos	Políticas
1989-91	Negociación bilateral,	Formuladas a nivel nacional y ejecutadas en las provincias.
1992	Objetivación de la asignación	Transferencias de responsabilidad de planificación y diseño.
1993 /95 a 1999	Continuación de la situación objetiva y restablecimiento de los mecanismos de negociación bilateral.	Adaptación a las transferencias y cambios organizacionales.

Estamos en condiciones, ahora, de llevar adelante un análisis más específico de cada caso provincial.

El caso de Buenos Aires

Cabe señalar que esta provincia, por sus volúmenes de población y disponibilidad de recursos presenta la trayectoria con mayor nivel de autonomía en la definición de programas sociales propios.

A inicios de la década del '90, la provincia de Buenos Aires mostraba signos de marcada dispersión de responsabilidades en torno a los programas alimentarios. El programa de comedores escolares que data de la década del '40, dependía directamente de la Dirección General de Escuelas (equivalente al Ministerio de Educación en esta jurisdicción); de la Secretaría de Organización Social dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, dependía el Plan País (que tenía componentes alimentarios y de conformación de grupos productivos); y el programa Materno infantil funcionaba en la órbita de la Secretaría de Salud del Ministerio sectorial.

En el año 1992, habiendo asumido la gobernación Eduardo Duhalde, se realizó un relevamiento de la situación de los programas alimentarios desarrollados en esta jurisdicción, en el cual emergen los problemas que se detallan a continuación como relevantes (CEB,1995: 8):

- a- Falta de definición de criterios precisos de selección de la población beneficiaria.
- b- Sistemas de registro inadecuados, que implicaban serias dificultades para estructurar un sistema de información que permitiera disponer de datos confiables sobre la cobertura.
- c- Falta de coincidencia entre los cupos solicitados y la asistencia real.
- d- Atrasos en las transferencias de recursos a los efectores.
- e- Posibilidad de desviar fondos destinados a las raciones hacia otras funciones permitidas por el sistema.
- f- Falta de personal técnico especializado en nutrición para asesoramiento sobre menús desde 1987.
- g- Mecanismos de supervisión y control sumamente limitados.
- h- Debilidad de los instrumentos normativos y de control destinados a cooperadoras y Consejos Escolares.

De acuerdo con este informe, los programas alimentarios representaban en la provincia 2,5% del gasto social total (aproximadamente \$85,36 millones) y el presupuesto asignado al programa de comedores escolares en 1993 ascendía a los \$53,8 millones (CEB, 1995). Es decir, en 1993 el programa de comedores escolares implicaba aproximadamente el 63% del total de los fondos asignados a programas alimentarios en esta provincia.

Es en ese mismo año cuando se realizó el intento de organización e inclusión de los programas alimentarios en un programa único, el Programa Social de la Familia Bonaerense “Eva Perón” que en principio dependía del Ministerio de Salud y Acción Social y a partir de 1994 del Consejo Provincial de la Mujer. Este programa articulaba acciones dependientes de la Dirección General de Escuelas y del Ministerio de Salud y Acción Social, y proponía un trabajo integrado a partir de los siguientes componentes: a) Materno Infantil; b) Cuidado Infantil; c) Comedores Escolares; d) Grupos País; e) Capacitación para el trabajo; y f) relevamiento del déficit de infraestructura social.

A mediados de la década del '90 el Consejo Provincial de la Mujer se transformó en Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano, el cual, presidido por la esposa del gobernador, asumió responsabilidades crecientes en la ejecución de los programas de

asistencia y promoción social, antes dependientes del Ministerio de Salud y Acción Social (que a partir de este cambio dejó de tener incumbencia en materia de acción social y se replegó específicamente al área de salud.

Cabe indicar aquí la presencia del programa de comedores escolares, único en su modalidad, en tanto el seguimiento y control de gestión de los comedores es realizado por los Consejos Escolares de cada municipio. Estos Consejos son órganos electivos, cuyos integrantes son representantes de partidos políticos. Cada uno de estos presenta diferentes modalidades de provisión de los servicios, desde la realización de compras centralizadas y distribución de alimentos a cada escuela de la jurisdicción, hasta el otorgamiento de cheques a las cooperadoras escolares para la compra de alimentos a efectos de brindar el complemento alimentario.

Durante 1993, en el marco de PROMIN se realizó un diagnóstico de este programa⁴⁴, del cual surgieron como principales recomendaciones las siguientes:

- mejorar los criterios de focalización de beneficiarios considerando el indicador padre con primaria incompleta u hogar sin educación, identificando para ello las áreas con más del 40% de los hogares con este indicador;
- mejorar la prestación vianda ya que es la que presenta mayores problemas;
- constituir un equipo mínimo que sustentara técnicamente el proceso de reestructuración del servicio;
- realizar talleres de sensibilización a los consejeros escolares de tal modo de ajustar gradualmente sus procedimientos a los mecanismos de focalización propuestos;
- aplicar una encuesta con indicadores básicos que permita estimar con certeza beneficiarios por escuela;
- realizar una experiencia piloto de compra de raciones industrializadas para establecimientos con alta matrícula;
- tercerizar el servicio de vianda en los lugares con carencias de equipamiento;
- aumentar gradualmente el monto de las raciones;
- implementar acciones de capacitación que involucren a los diferentes actores involucrados;

- generar un sistema de información básico;
- implementar una modalidad de funcionamiento por programa con ejes generales y capacidad de adaptación a las diferentes situaciones locales e imprevistos;
- delimitar con claridad los roles y atribuciones de cada uno de los organismos participantes;
- mejorar la infraestructura y equipamiento de comedores.

De acuerdo con información relevada durante 1994 y 1995 se implementaron algunas de las recomendaciones anteriores, fundamentalmente las vinculadas con la delimitación de roles, en consonancia con la cual en 1995 se firmó convenio con la Dirección General de Escuelas en el que delimitaban los roles de cada uno de los organismos para el funcionamiento del Servicio Alimentario Escolar, a la par que se sistematizó el material asociado al trabajo de los consejos escolares para la administración (modalidades de solicitud de cupos, modalidades de compras y rendición de cuentas etc.) y las propuestas de menús (Consejo de la Mujer, 1994; Consejo de la Familia y Desarrollo Humano, 1995 y 1996).

Asimismo, la reestructuración tuvo en cuenta el aumento de dinero asignado a cada uno de los tipos de prestación considerada, a saber: \$ 0,60 por almuerzo por niño; \$ 0,30 para copa de leche reforzada; \$ 0,20 para copa de leche doble; y \$ 0,10 para copa de leche simple. No obstante estos esfuerzos, que además incluyeron la exigencia de la apertura de una cuenta específica a cada Consejo Escolar, que indudablemente llevaron aparejadas mejoras administrativas y de asignación de recursos, los cambios a nivel de los efectores no fueron espacialmente visibles y provechosos. En algunos casos, el sistema se prestó a manejos discrecionales, en tanto las cooperadoras escolares, protagonistas de este programa, se constituyeron en espacios de reclutamiento o participación de militantes políticos. Por otra parte, se observaron dificultades para la negociación de aumentos de cupos a nivel provincial, sobre todo en los municipios opositores al gobierno provincial, además de las cuestiones de competencia entre municipios y consejos escolares.

De acuerdo a lo relevado en las diferentes entrevistas realizadas a responsables del Servicio Alimentario Escolar, se planteó la dificultad de realizar trabajos coordinados con

⁴⁴ El mismo estuvo a cargo de una reconocida especialista en la materia, Susana Hintze.

el principal programa alimentario de la provincia, el Plan Vida. Ambos programas presentaban estructuras de gestión complejas que involucraban a diferentes actores sociales y políticos.

Si bien excede los programas bajo estudio aquí, en esta provincia no puede dejar de mencionarse el ya citado Plan Vida, programa que entre sus objetivos tiene la asistencia nutricional a madres y niños. Surge como iniciativa personal de la esposa del gobernador, Presidente Honoraria del Consejo de la Familia y Desarrollo Humano, siguiendo el modelo de un programa implementado en el municipio de Lomas de Zamora, durante la década del '70. Su importancia radica en: a) su peso presupuestario; b) su cobertura; y c) su modalidad de implementación.

El objetivo general del Plan Vida es: “Estimular la participación de la mujer, a través de la organización comunitaria, con el objeto de crear una red solidaria para el cuidado de la salud, la de su familia y la de la comunidad”, a la vez que entre los específicos destacan: a) disminuir las enfermedades y las muertes de los niños y las madres bonaerenses; b) brindar apoyo nutricional a las embarazadas y niños de 0 a 5 años; c) asegurar el control de la embarazada; d) promover la lactancia materna; e) controlar el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 5 años; f) promover una adecuada atención del parto; g) promover y reforzar la participación y organización comunitaria para el logro de los objetivos propuestos; y h) servir de base de sustentación para el desarrollo de otros programas (Ilari, 1999: 2):

Respecto a su importancia presupuestaria, las cifras son elocuentes, de acuerdo con una entrevista realizada a uno de los responsables del mismo hasta 1999, durante ese año (año de más bajo presupuesto) los recursos alcanzaron los \$ 200.000.000. El Plan Vida no tiene relación directa con los recursos del PROSONU y POSOCO (cuyos recursos totales para todo el país no llegan a esa cifra), toda vez que su fuente central de financiamiento proviene desde su creación y hasta el final de la década del Fondo de Reparación Histórica del Conurbano Bonaerense. Mientras por coparticipación de fondos PROSONU y POSOCO Buenos Aires percibe \$44.600.000, a modo de ejemplo puede decirse que en 1993 sólo el programa de comedores escolares alcanzaba \$ 53.800.000 (para atención de aproximadamente de 300.000 niños). De acuerdo con datos de la Secretaría de

Programación Económica y Regional (1999) el gasto consolidado en promoción y asistencia social de esta provincia pasó de \$325.000.000 en 1993 a \$ 625.000.000 en 1997, siendo el estado provincial que mayor volumen de gasto presenta en este rubro.

A partir de su expansión y en consonancia con las crecientes necesidades sociales y el ritmo electoral, el Plan Vida llegó a atender a más de 1.000.000 de beneficiarios (madres y niños de hasta 5 años) a partir del trabajo de aproximadamente 35.000 trabajadoras vecinales, las cuales realizan el trabajo de detección de los beneficiarios y entrega de alimentos en un radio de cuatro manzanas en las zonas con mayor proporción de NBI del Conurbano Bonaerense.

Este programa ha suscitado numerosas polémicas respecto a su modalidad de implementación. No es objetivo de este trabajo desarrollar las mismas, sin embargo no puede dejar de destacarse que éste se asienta en dichas trabajadoras vecinales, las cuales se elegían a partir de una convocatoria a las instituciones locales, incluido el municipio. Se implementa con bajo grado planificación, aunque enfatizando las respuestas rápidas a las demandas de la población (Zaremborg, 2000). Tal como lo menciona un referente de este programa *“el consejo se caracterizaba por ser muy rápido en la acción”*.

En cuanto a su organización interna, entrevistados calificados mencionan que se comenzó con un nivel muy bajo de planificación y que se actuaba intuitiva y rápidamente (a su criterio mucho más rápido que en las áreas de salud y educación) y sólo en un segundo momento desarrollaron un proceso de registro, seguimiento y evaluación más profundo. Por ejemplo, en principio la evaluación era realizada por los propios participantes, no estaba prevista asistencia técnica a los municipios y trabajadoras vecinales. En lo que refiere a la dotación de personal rentado, ésta llegó a 200 personas en el momento de mayor crecimiento del programa, en general profesionales que trabajaron la mejora de los procesos administrativos con los municipios y en el fortalecimiento de la red de trabajadoras vecinales. Por su parte es notorio el dato acerca de la no previsión del financiamiento de personal en los municipios.

De acuerdo con la descripción realizada respecto a esta provincia puede concluirse, en relación con estos programas de asistencia alimentaria, que:

- a) Buenos Aires es una provincia con alta autonomía para el desarrollo de programas respecto de la Nación, típica exponente de las provincias con aceptación activa de algunas de las propuestas de la nación en este período. El Plan Vida y el mismo Servicio Alimentario Escolar son ejemplos claros;
- b) Lo predominante fue la concentración de este tipo de programas en el Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano, el cual se convirtió en virtual Ministerio de Acción Social. Este Consejo, a diferencia de los Ministerios tradicionales, se caracteriza porque la presidenta honoraria es la esposa del gobernador y consta de una Secretaría Ejecutiva, 12 consejeras designadas políticamente, con diferentes áreas de incumbencia y 24 directores con sus correspondientes equipos de trabajo;
- c) Este andamiaje de gestión puede interpretarse, de acuerdo con el postulado inicial, como una reafirmación de la matriz de la asistencia social en lo referente al bajo grado de institucionalidad formal; y
- d) La mencionada concentración de programas bajo una misma órbita no redundó en una mayor y mejor coordinación de acciones al interior del Consejo y entre el Consejo y las áreas de educación y salud; más bien estas coordinaciones tendieron a darse espontáneamente en algunos niveles locales, permaneciendo en el nivel provincial como principios declamados pero no desarrollados en la práctica.

En lo que respecta a la transferencia de recursos del PMI, ha mediado de los años '90 Buenos Aires colocó como responsable de dichos recursos (y del área en su conjunto) a un técnico de reconocido prestigio, al cual se le dio amplia libertad para desarrollar su tarea. De este modo, la recepción de los fondos se acopló a los consensos generales en la temática de maternidad e infancia, pero con márgenes para llevar a cabo propuestas innovadoras.

La primer etapa, en el plano provincial, consistió en el ordenamiento administrativo, adoptándose en ese marco el criterio de cuenta única. La segunda fase se concentró en establecer criterios para la distribución de la leche, toda vez que hasta el momento predominaba la idea de “proximidad geográfica” o, más grave aún, el de “proximidad política”, situación en la cual la leche formaba parte de una especie de botín

de guerra entre sectores en pugna. Para intentar superar esta situación, el nuevo equipo provincial decidió entregar cupos de leche en cada una de las doce regiones sanitarias de la jurisdicción. De este modo, el ámbito de los Consejos Regionales de Salud, en los cuales participaban el director de la región sanitaria, los secretarios de salud de los municipios y los directores de los hospitales, fue el elegido para discutir y difundir la normativa vigente para el reparto de leche.

En vista de que la situación nutricional de la provincia no era desastrosa (así lo certificaba el censo de talla realizado por UNICEF en su momento y del módulo de la EPH en 1994 ligado al monitoreo de metas del Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño), los ejes del área se concentraron básicamente en mejorar los componentes de equipamiento y capacitación. Al mismo tiempo, se avanzó en evaluar las condiciones de eficiencia de los servicios de salud materno-infantil, a partir de lo cual se decidió fortalecer el componente de recursos humanos que vinculasen estrechamente a las madres con los servicios.

Con la independencia de la cual gozó la provincia de Buenos Aires en los años '90 para llevar adelante programas sociales, en la temática materno-infantil los recursos provenientes de la federalización de los recursos del PMI pasaron a formar parte de una estrategia propia de la jurisdicción. Así, según los decisores, la entrega de leche en polvo (que representaba unos 13 millones de pesos anuales) no fue el factor central para incentivar las consultas de atención primaria. Se sostiene, por el contrario, que la clave para que las mismas fueran altas y no se discontinuaran, tenía que ver con mejorar la calidad de la atención, aumentar la accesibilidad a los servicios y realizar un trabajo comunitario importante.

El caso de Chaco

Esta provincia, a partir de 1995, experimentó un proceso de transformación de su área social en sintonía con las propuestas de Gerencia Social en boga en el discurso a nivel nacional. El cambio más notorio fue la creación de la Secretaría de Desarrollo Social, con dependencia directa del gobernador, restándole al Ministerio de Salud las incumbencias en materia de acción social. Asimismo, además de otras reformas organizativas, por entonces se unificaron los programas alimentarios (de comedores infantiles y escolares).

En esta provincia, los niveles críticos de los indicadores sociales en pobreza, mortalidad infantil, desnutrición, etc. determinan la importancia crucial de este tipo de intervenciones, así como también los enfrentamientos asociados al manejo de estos recursos. Según datos del Censo Nacional de 1991 (sin duda desactualizados pero los últimos consolidados), el 38,14% de su población tiene NBI, por otra parte el 51,23% no tiene obra social ni mutual. La tasa de mortalidad infantil en 1999 fue del 28,6‰ (Dirección de Maternidad e Infancia de la Provincia, 1999) y entre las principales causas de la mortalidad postneonatal (a partir de los 28 días) se encuentra la malnutrición. Estas cifras son elocuentes al momento de señalar la importancia de las intervenciones alimentarias.

Se registraban antecedentes de programas de asistencia alimentaria a nivel de escuelas desde 1959, en que comenzó a ofrecerse en la ciudad capital una copa de leche y pan. En 1968 se aprobó por Decreto el Programa de Nutrición Escolar, financiado por fondos provinciales. En este programa intervenían el Consejo General de Educación, el Ministerio de Bienestar Social, la Subsecretaría de Salud Pública, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el INTA, y alcanzaba a 224 escuelas con las modalidades de refrigerio y almuerzo. Desde 1973 funciona el Programa de Nutrición aplicada al escolar, con apoyo financiero de la Nación, a través del componente de comedores escolares del PROSONU, para la ampliación del servicio a las que entonces eran escuelas primarias nacionales (Valdez *et.al*, 1996).

El programa de comedores escolares comenzó a desfinanciarse en los primeros años de la década del '90, dado el estancamiento del volumen de fondos nacionales transferidos y la imposibilidad de la provincia de afrontar la demanda creciente de estos servicios. De hecho, estos comedores dejaron de funcionar en períodos que oscilaron de seis meses a un año entre 1992 y 1993, por falta de recursos, hasta que lograron incorporarse al programa de Comedores Infantiles Integrales en 1993⁴⁵.

⁴⁵ Los comedores infantiles en esta provincia reciben apoyo financiero de la nación desde 1982, y en 1991 se firma un convenio con el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, mediante el cual este último financia el Subprograma de Comedores Infantiles Integrales, el que se implementaba a través de la transferencia de fondos sin reintegro a municipios y organizaciones no gubernamentales (Valdez *et.al*, 1996).

De acuerdo con algunas de las entrevistas realizadas a ex-decisores vinculados con estas áreas, esta interrupción del programa se atribuye fundamentalmente a la existencia de un conflicto docente de magnitud por atraso en el pago de salarios, razón por la cual la Nación aceptó adelantar los fondos de coparticipación (entre los que se encuentran los de asignación específica al PROSONU y al POSOCO) a cambio de incidir informalmente en la designación del ministro de educación, momento en el cual dichos fondos son utilizados fundamentalmente para el pago de sueldos.

Con la firma del convenio de transferencia de PROSONU y POSOCO en 1992, la provincia se comprometió a mantener los comedores escolares e infantiles. Por su parte, en 1993 se aprobó por Decreto N° 875/93 el Programa de Comedores Integrales de 2 a 12 años. Este programa se mantuvo en vigencia hasta 1995, en que se produjeron modificaciones al mismo mediante el Decreto N° 647/95 y el Decreto N° 1820/95 (Valdez *et.al*, 1996).

Del conjunto de entrevistas realizadas a diferentes referentes y decisores respecto de estos programas entre 1989 y 1998, se detectó que estas acciones en la provincia no han estado exentas de conflictos, quizás por la importancia que las mismas tienen ante situaciones sociales críticas. Como en el resto de los casos, los comedores proliferan a partir de la crisis hiperinflacionaria de 1989, y rápidamente se incorporan a la agenda estatal. Por ejemplo, según señala el que fuera Ministro de Acción Social de ese momento, con la creación del POSOCO como programa nacional, los recursos destinados a la provincia se destinaron íntegramente a la asistencia alimentaria por considerarlo fundamental desde el punto de vista de la salud de la población más pobre, y con protagonismo de los directores de hospitales. En la gestión posterior, en un primer momento se realizan esfuerzos por mejorar la gestión de los comedores dependientes de Salud y Acción Social a través de la aplicación de criterios técnicos de seguimiento de las prestaciones. Sin embargo durante esta gestión se produce el desfinanciamiento por estancamiento de las transferencias de la nación y aumento de la demanda, realizándose un intento de transferir los comedores escolares a la órbita de salud. El responsable del ministerio en ese momento, un profesional de la salud pública con más de 30 años de trayectoria, reconoce a la transferencia del PROSONU y POSOCO como algo positivo, ya que permitió ampliar los servicios, crear nuevos comedores; sin embargo, considera el paso

de los comedores escolares al Ministerio de Salud, como “... *el comienzo del drama local acá, un problema tremendo...hubo una serie de trabas, inconvenientes y eso no funcionó*”.

Por su parte, otro de los entrevistados, quien estuvo a cargo de la Secretaría de Acción Social, luego del episodio anterior, señala que a él lo convocan fundamentalmente porque “tapa agujeros” para que “*arregle en un mes el tema de los comedores porque el ministro no quiere tener problemas con eso*”. En este momento surge el Programa de Comedores Integrales, que transfiere la responsabilidad de gestión a unidades ejecutoras municipales, mediante convenios. Conformó un equipo de trabajo de 80 personas, y aprovechó los recursos del PROSOL (Programa Federal de Solidaridad, del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación instrumentado en la primera mitad de los años '90) para fortalecer el equipo y ampliar los recursos disponibles.

Esta modalidad de trabajo con descentralización a los municipios, constituye la base sobre la que se diseña el PRONU Chaco. Sin embargo en ese momento el énfasis fue el seguimiento, la inspección y la utilización de la comida. Unas de las cuestiones planteadas como especialmente conflictivas, fue la utilización de los fondos coparticipados que llegaban a la Tesorería General de la provincia y eran retenidos para otros fines (por ejemplo, como se señaló, para el pago de sueldos a docentes) . En este período, el énfasis estuvo puesto en la organización y control del sistema, antes que en la evaluación y elaboración de instrumentos de medición de impacto. De hecho no existía un criterio de distribución de fondos, y de acuerdo con el trabajo de diagnóstico realizado por Valdez *et al* (1996), con la unificación en un programa de los fondos PROSONU y el aumento de raciones durante 1993 de 33.000 a 91.428 a cubrirse con los mismos recursos, se produjo un deterioro de la calidad de estas. Se dejó de brindar servicio de almuerzo y se extiende el refrigerio simple con un valor por ración de \$ 0.25.

Con la asunción de un gobierno provincial de distinto signo político (UCR) en diciembre de 1995, se creó la Secretaría de Desarrollo Social. Ésta se organizó en cuatro áreas básicas: a) Programa de Infancia adolescencia y familia; b) Programa de Adultos Mayores; c) PRONU Chaco (programa nutricional); y d) Programa deportes para el tercer milenio.

Por su parte, en consonancia con los objetivos de trabajar con grupos vulnerables y fortalecer la sociedad civil se implementaron programas en las siguientes áreas: a) mujer; b) agua y saneamiento ambiental; c) ampliando fronteras; d) cooperación para el desarrollo. Esta Secretaría, de acuerdo con el “espíritu de época” en que surge, se organiza programáticamente, dando lugar a la proliferación de numerosas acciones nuevas. Hacia el final de la década tenía una planta de personal de 1100 personas, de las cuales 100 era personal contratado y 400 eran becarios. Cuenta con la asistencia técnica del nivel nacional a través de la creación de la Agencia SIEMPRO, que realiza el seguimiento y monitoreo de las acciones implementadas.

Con la creación de la Secretaría de Desarrollo Social a nivel provincial en 1995, y con la asistencia técnica de UNICEF, se reformuló el Programa de Comedores Integrales, dando lugar al PRONU CHACO, a partir de un trabajo de diagnóstico y detección de situaciones inconvenientes, en tanto funcionaban 9 programas de asistencia alimentaria para diferentes grupos etáreos con financiamiento nacional o provincial.

En este punto los intentos del Chaco de unificación de programas alimentarios no difieren de los de otras provincias, por ejemplo Buenos Aires y Mendoza. Sin embargo en este caso presenta una situación específica, en cuanto a la modalidad de gestión: la totalidad de los fondos de programas alimentarios (incluidos los comedores escolares) pasaron a ser administrados por los municipios. El PRONU Chaco mantuvo esta modalidad de administración de fondos municipal, pero incorporó el requerimiento de una Unidad Ejecutora Municipal, integrada por el Intendente, un concejal de cada bloque representado en el Consejo Deliberante, representantes de educación, de salud, de organizaciones comunitarias y los facilitadores locales del programa AIPO (del cual se hablará luego).

En esta provincia la transferencia de los recursos de PROSONU y POSOCO agudizó las situaciones de conflicto (unificación de programas, utilización de fondos para el pago de sueldos docentes, retraso en los pagos a comedores, suspensión del servicio, etc.) y hasta el momento de la reorganización de estas prestaciones a partir del PRONU CHACO, llevó aparejada la reducción de la calidad de la prestación ante el aumento de la cobertura sin incremento de presupuesto.

Chaco recibió, durante gran parte de la década del '90, la suma de \$12.700.000 anuales en concepto de PROSONU y POSOCO. En el año 1999, la totalidad de los recursos PROSONU y el 45% de los recursos POSOCO se destinaron al PRONU Chaco, que alcanzó un presupuesto de \$ 11.207.123 (SIEMPRO, 2000). En su conjunto, el gasto consolidado en promoción y asistencia social a nivel provincial presenta fluctuaciones entre 1993 y 1997: de \$ 20.000.000 en 1993, pasó a \$ 15.000.000 en 1994, cifra que prácticamente se mantuvo estable entre 1995 y 1996 para ascender a \$ 22.000.000 en 1997 (momento de auge del trabajo de la Secretaría de Desarrollo Social) (Secretaría de Programación Económica y Regional, 1999).

De acuerdo con una de las entrevistas realizadas, se destaca el énfasis en los ahorros en el PRONU Chaco para poder liberar recursos del POSOCO que pudieran destinarse al financiamiento de pequeños proyectos comunitarios y productivos con fines más promocionales. El PRONU Chaco procuró agilizar el proceso de transferencia de los fondos a los municipios a los efectos que los mismos reciban los recursos en tiempo y forma, y por otra parte se intentó transparentar la asignación de recursos a cada municipio a través de la definición de indicadores objetivos de asignación de recursos. Si bien se siguen rigiendo por los decretos de 1995, se establecieron a partir del trabajo de diagnóstico antes señalado (Valdez *et al*, 1999) distintos indicadores para distribuir el presupuesto: cantidad de niños de 2 a 14 años, incidencia de baja talla y mortalidad infantil.

Hacia finales de los años '90, este programa alcanzaba a las 125.445 raciones mensuales de refrigerio (\$ 0,25) y comida (\$0,50), distribuidas a través de 1.245 efectores (920 comedores escolares y 325 comedores infantiles). Se destaca por parte de los responsables de su implementación que gradualmente los municipios han ido virando de la modalidad comedor a la de complemento alimentario familiar y que desde 1995 la mortalidad infantil de 2 a 5 años se redujo más que la mortalidad de los menores de 2 años, lo cual en parte puede atribuirse a este tipo de intervenciones⁴⁶.

.....

⁴⁶ Recibieron asistencia técnica de UNICEF para la reformulación del programa durante 1996, año en que también se realizó el último censo de talla a los alumnos que ingresaban al primer grado, a partir de cuyos resultados se determinaron los nuevos indicadores de distribución de recursos entre los municipios. También tuvieron financiamiento PRANI para dos proyectos de infraestructura y equipamiento, aunque nunca

También se desarrollaba capacitación de las unidades ejecutoras municipales, en cuestiones contables, administrativas, nutricionales y de trabajo social. Al momento de realizar la investigación, este programa contaba con una planta de personal de aproximadamente 12 personas, de las cuales 6 son profesionales (tres contadores, un licenciado en trabajo social, un ingeniero y un licenciado en sistemas). Es notoria la carencia de nutricionistas en el equipo.

Finalmente, no puede dejar de destacarse que durante 1996 se creó en el marco de la Secretaría de Desarrollo Social el programa AIPO. Este programa presenta una estructura independiente de la dinámica de la Secretaría, que incluye responsables departamentales y facilitadores locales (cuyos criterios de designación no están totalmente definidos) y desarrolla diferentes ejes de acción: vivienda, actividades productivas, etc. entre ellas un módulo de asistencia alimentaria. Este módulo alimentario se distribuye por canales diferentes al del PRONU Chaco, aunque sus facilitadores locales se integran a la UEM, e incluso se realizan compras en distintos puntos de la provincia distribuyéndose a nivel local directamente la caja.

Respecto a este programa, si bien no es objeto de específico de este trabajo, no puede dejar de señalarse (como en el caso del Plan Vida en la provincia de Buenos Aires) por su carácter de iniciativa implementada por decisión directa del gobernador, quien incluso designa a su cargo a una persona de su máxima confianza. Salvando las distancias con el Plan Vida, este también se caracteriza por su énfasis en la acción y en los resultados antes que en la planificación, evaluación y medición. No obstante esta visión, y algunos de los movimientos señalados, no puede dejar de destacarse el aumento exponencial de las raciones distribuidas por este programa. A esto debe agregarse los 23.000 complementos alimentarios distribuidos mensualmente por el AIPO, los cuales anualmente suponen una inversión de \$ 1.470.000.

.....

participaron de la gestión del refuerzo alimentario, el cual se gestionaba a través de una organización no gubernamental del mismo signo político del gobierno nacional.

.....

Veamos lo sucedido con el PMI. Chaco es la única provincia en que el PROMIN, si bien funcionaba independientemente, tenía al Director del área de Salud Materno-Infantil como referente. A partir de la federalización de los fondos del PMI se implementó un sistema de compra centralizada y entrega descentralizada a las cabeceras de las zonas sanitaria. A criterio del referente entrevistado, la entrega de leche debe considerarse como un medicamento más, ya que se realiza de acuerdo con estándares definidos, asimismo agrega que de acuerdo con su experiencia, cuando la leche llegaba desde el nivel nacional y no había regularidad en el servicio con largos baches este insumo, se observaba una disminución en la consulta. No obstante se aclaran las limitaciones del impacto nutricional de la leche: *“estamos absolutamente convencidos de que hay dilución intrafamiliar. Si damos leche a una madre se diluye en la casa, si se da a un niño lo mismo...”*.

Esta provincia recibió históricamente entre \$ 2.200.000 y \$ 2.400.000 anualmente de los fondos federalizados por el PMI, sin embargo en 1999 la cifra se redujo a \$1.200.000. La cobertura promedio mensual ha oscilado entre 45.000 y 50.000 madres embarazadas y niños normales hasta los dos años y niños desnutridos hasta los 5 años. Se considera que la federalización de los fondos no generó grandes modificaciones excepto el contar con mayor cantidad de Kg de leche por optimización de las compras.

En esta provincia y en esta temática se rescata especialmente la acción del PROMIN, ya que permitió el mejoramiento de la infraestructura del 60% de los centros de salud del área programática de Resistencia, así como el avance en la creación de centros de desarrollo infantil en forma conjunta con el área de educación. En consonancia con la tendencia del país, esta provincia entró en una curva suave de descenso de la mortalidad infantil que para 1999 era de 28,6‰ nacidos vivos.

El caso de Mendoza

Esta provincia presenta una situación de alta autonomía respecto de la Nación para el desarrollo de programas alimentarios. Vale trazar un encuadre general asociado a la transferencia de los recursos para este tipo de intervenciones. En esta provincia, la coparticipación de los fondos PROSONU y POSOCO es considerada un avance positivo en tanto garantiza recepción de fondos en tiempo y forma y otorga autonomía para

desarrollar acciones con sus propias modalidades, sin tener que responder a los lineamientos de la Nación. Presupuestariamente, Mendoza presenta una situación de autonomía de recursos respecto de la nación. Si bien recibe por coparticipación de PROSONU y POSOCO \$7.700.000, la inversión del PPN evolucionó de \$ 13.662.640 en 1996 a \$16.171.252 en 1999 (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1999).

Si bien esta provincia se caracteriza por sus niveles de autonomía respecto de la gestión de políticas sociales, e incluso por su carácter de pionera en acciones del tipo “registro de familias beneficiarias”, no podrían asociarse directamente los cambios institucionales descriptos, con el proceso de transferencia de servicios por parte de la Nación. Existe un reconocimiento provincial explícito a esta instancia, y una crítica a la forma de gestión de programas como PRANI y PROMIN, a los que se considera que interfieren en la dinámica de planificación provincial.

En 1991, en el marco del Ministerio de Salud y Acción Social, se creó el Programa Provincial Nutricional (PPN), en el cual se invirtieron los fondos PROSONU, parte de los del POSOCO, y del PMI, con el objetivo de “implementar las funciones que le incumben al Estado Provincial en materia de promoción y protección del estado nutricional de la población en situación de riesgo” (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1999). Este programa concentró la totalidad de las acciones de este tipo desarrolladas por las distintas dependencias, mediante la creación de una unidad técnico- administrativa interministerial que unificó los recursos económicos y humanos (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1999). Se destaca su énfasis en la atención de las mujeres embarazadas y niños entre los 0 y 14 años de edad y la introducción de metodologías de focalización y de normas técnicas de implementación de las diferentes líneas de acción.

El PPN incluía tres componentes básicos. Se los señala a la par que se indican algunas de las críticas más relevantes en cada caso:

-
- 1- Programa de Asistencia Nutricional Escolar: dirigido a la población de niños que concurren a las escuelas primarias, implementado a través de comedores escolares. Este era el componente más importante del PPN. Cabe destacar que en esta provincia se realizaron tres evaluaciones antropométricas a estos beneficiarios, y se realizó en 1994 en convenio con UNICEF un censo de talla a

los niños de primer grado. Si bien este componente suponía la focalización de los alumnos de acuerdo con los indicadores de retardo de talla, a nivel de las escuelas se observaba dilución de raciones por resistencia de los docentes a realizar discriminación de beneficiarios y no beneficiarios;

- 2- Programa de Asistencia Nutricional al preescolar: en cuanto a este componente se resalta que el grupo asistido era minoritario, y se carecía de criterios de focalización de la asistencia;
- 3- Programa Materno Infantil: este componente corresponde a la entrega de leche en polvo a embarazadas y niños contemplada por el PMI de la Nación. Respecto a esta provincia se detectan falencias vinculadas fundamentalmente con la inexistencia de sistemas de información, y la inadecuada focalización (de acuerdo con un corte realizado en 1994 más del 80% de la población asistida no era desnutrida), y en general se asignaba la leche a familias consideradas genéricamente en situación de riesgo social, aunque no se definía éste.

El PPN se inscribió en cambios institucionales más generales. En 1995 la provincia comenzó un proceso de transformación sustantivo de su área de acción social. Se creó la Subsecretaría de Desarrollo Social en el marco de la reforma del Estado y se reestructuraron sus competencias y modalidades de funcionamiento a partir de los lineamientos de la denominada Gerencia Social (Kliksberg, 1996), con asistencia técnica del Sistema de Información Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación.

Las transformaciones realizadas identifican discursivamente como fundamentos la Cumbre Mundial de Desarrollo Social de 1995, y postulan como ejes de trabajo los siguientes (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1998) :

- a) La integración social.
- b) La equidad social.
- c) La distribución del ingreso y la disminución de la pobreza.
- d) La participación de la sociedad civil en la superación de la pobreza.

A partir de estos ejes se proponen las siguientes estrategias de trabajo:

- Aumento de la inversión social pública y privada.

- Modernización de la gestión social.
- Descentralización de las acciones.
- Fortalecimiento de la sociedad civil y participación social.

Sin modificar la pertenencia institucional de la Subsecretaría de Desarrollo Social, se realizó un proceso de reestructuración organizacional, administrativo y de la relación con la sociedad civil y los municipios. En primera instancia se avanzó en el nivel de formalización, ya que la implementación supuso la sanción de leyes provinciales que contemplaban mecanismos muy precisos de seguimiento y control de las acciones y los recursos , y en segundo lugar se enfatizó el establecimiento de reglas de juego claras de vinculación con los municipios.

Ejemplo de esta situación fue la creación del Fondo de Inversión y Desarrollo Social (FIDES), por Ley N° 6462 de enero de 1997. Mediante esta Ley se disolvió el antiguo Instituto de Cooperación y Economía Solidaria, y se busca crear un instrumento ágil y transparente para el financiamiento de programas y proyectos, a través de la integración en un fondo único de la totalidad de los recursos provinciales, nacionales e internacionales destinados a políticas sociales que administraban diferentes jurisdicciones. Entre las líneas que se financiaban a través del FIDES se hallaban: a) programas alimentarios, nutricionales y asistenciales; b) programas de creación de empleo temporario o de emergencia y de capacitación o reconversión laboral; c) programas de apoyo técnico a las micro y pequeñas empresas, cooperativas, mutuales y demás organizaciones socioeconómicas; d) proyectos sociales de fortalecimiento de la sociedad civil, infraestructura comunitaria, autogestión y atención de los servicios sociales. Por su forma de organización, el FIDES apuntó a agilizar los trámites de asignación de recursos ya que daba autonomía a la Subsecretaría de Desarrollo Social para la asignación de los mismos (con los debidos controles, desde un Consejo Consultivo, el que daba su visto bueno a la asignación de recursos, hasta un sistema de informes trimestrales a la legislatura) no sometiéndolos al circuito de la Ley de Contabilidad de la Provincia, aunque conectado con este sistema.

Por su parte también adquirió un lugar relevante la descentralización de responsabilidades a los 18 departamentos que componen la provincia. Este proceso

comenzó a implementarse a partir de fines de 1996 (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1998) y consistió en la transferencia de responsabilidades a los departamentos en materia de servicios sociales, con la correspondiente asignación de recursos a partir de la definición de indicadores objetivos de distribución (en este caso, proporción de NBI). Este proceso se materializó a través de la firma de convenios entre la provincia y los departamentos, donde se les asignaban a estos responsabilidades en el desarrollo de los servicios alimentarios, de ayuda social directa, de infraestructura social, y de niñez, adolescencia y ancianidad, a la vez que se les exigió la conformación de un Consejo Social que participase de la asignación de los recursos conformado por Organizaciones de la Sociedad Civil, estableciéndose tanto un sistema de penalidades como la instrumentación de acciones de capacitación.

Este sistema se ha ido perfeccionando sistemáticamente, por ejemplo con la sanción del Decreto N° 2120/97 del “Régimen de descentralización de servicios sociales a municipios”, el que incluía el reconocimiento y fortalecimiento institucional de los Consejos Sociales, capacitación de las áreas sociales municipales, delimitación de las áreas de descentralización y mecanismos de rendición de cuentas al Tribunal de Cuentas Provincial, y de homogeneización de sistemas de registro y seguimiento de información.

Regresando al análisis del ya presentado Programa Provincial Nutricional (PPN), el mismo no es ajeno a este contexto de transformaciones, y a partir de 1996 inició un proceso de reformulación de sus objetivos priorizando criterios de focalización por condición de pobreza y riesgo social en la definición de sus destinatarios. Esta redefinición contó con el asesoramiento de UNICEF, además de capacitación en Gerencia Social.

De acuerdo a la información oficial relevada, los criterios que guiaron estos cambios fueron el aumento de la eficiencia, eficacia y productividad tendientes a superar las situaciones de: a) yuxtaposición de formas de prestación; b) fragmentación de las funciones de planificación y administración; c) carencia de mecanismos de articulación fluidos entre las jurisdicciones a las que pertenecían los diferentes efectores (Salud, Dirección de Escuelas, etc); d) deficiencias en materia de control de gestión; y e)

limitaciones en la disponibilidad de información para la toma de decisiones (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1999).

El programa se reestructuró tomando en cuenta las distintas etapas del ciclo de vida de la población objetivo, apuntando a atender a esta población en función de su nivel de vulnerabilidad. Se identificaron, entonces, las franjas de intervención: Materno- Infantil; Infantil; Escolar; Familiar. Para cada una de éstas se especificaron criterios de acceso a los beneficios y se normatizaron las prestaciones. Se establecieron manuales de procedimientos estandarizados tendientes a lograr un piso de calidad homogéneo entre todos los efectores.

Respecto del segmento materno infantil, las acciones de entrega de leche se orientaron a la coordinación con el sector salud, ampliando la cobertura a niños de hasta 5 años en situación de riesgo social. Para el segmento infantil se comenzó a propiciar la inclusión de objetivos de promoción del crecimiento y desarrollo infantil como complemento de la intervención alimentaria. En cuanto al segmento escolar, se desarrollaron dos acciones complementarias: por una parte, se priorizó la asistencia nutricional en las áreas urbano-marginales y las rurales, y por otro lado, se reemplazó el almuerzo (por considerarlo un espacio de reunión familiar) por un refrigerio. La asistencia familiar, en tanto, fue parte de la descentralización de responsabilidades a nivel municipal, y las intervenciones del programa tendieron fundamentalmente a la capacitación de los consejos sociales y municipios en el establecimiento de criterios de focalización a través de un instrumento de encuesta a las familias beneficiarias denominado “Planilla de Alta a los Programas Sociales”.

Por otra parte, de acuerdo con los datos de la epidemiología nutricional, también implementaron acciones de capacitación e información a madres cuidadoras, docentes, cocineras, auxiliares y responsables de comedores y jardines tendientes a mejorar la calidad de la intervención. A este tipo de acciones se le asignó una partida presupuestaria específica, lo cual permitió capacitar a casi 7.000 personas. Finalmente, montaron un sistema de vigilancia nutricional, denominado “sitio centinela”, el cual permite monitorear en forma continua una muestra de niños entre 0 y 2 años.

A partir de estas modificaciones, se desarrollaron ajustes en la organización interna del programa. Entre las principales acciones implementadas destacan:

- La normatización de las acciones a través de un manual de procedimientos, así como la normatización técnica para la implementación de las diferentes prestaciones alimentarias.
- La reingeniería de procesos administrativos en consonancia con el FIDES.
- El mejoramiento del sistema de supervisión a partir de la conformación de equipos formados por nutricionistas e inspectores sanitarios con responsabilidades sobre una región.
- La reorganización del área de capacitación mediante la incorporación de personal técnico para la implementación de este tipo de actividades.

En entrevistas realizadas a los responsables del diseño y la implementación de los cambios en este programa, se pudo observar que estas transformaciones no supusieron grandes aumentos en la dotación de personal. El programa contaba con un cuadro técnico y administrativo de entre 25 y 30 personas, con buen nivel de capacitación, 80% de los cuales eran profesionales, nutricionistas, contadores, asistentes sociales o inspectores sanitarios. Se señaló la incorporación de aproximadamente un 10% más de personal administrativo en el marco de la complejización del proceso de transferencias a organizaciones no gubernamentales, municipios, escuelas, etc.

Se reconoce la existencia de tensiones que en un primer momento afectaron al personal del programa, producto de la adaptación al proceso de cambio, que suponía el paso de funciones de ejecución a funciones de planificación y evaluación, problemas sobre los cuales se operó a través de la participación en capacitaciones y la recepción de asistencia técnica. De estas características reseñadas puede deducirse que desde los empleados estatales este proceso contó con las resistencias e incertidumbres lógicas de cualquier proceso de cambio organizacional que suponga readecuación y coordinación de funciones y fusión de equipos de trabajo.

Si bien no se puede contar con información sistematizada para la totalidad del período aquí analizado por las dificultades de registro señaladas, se observa en general

entre 1996 y 1999 un aumento de la cobertura en cada uno de los segmentos de intervención definidos (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1999).

Respecto al segmento materno infantil, la entrega de leche aumentó de 18.300 beneficiarios (madres embarazadas y que lactan y niños entre 1 y 5 años de edad) en 1996 a 47.801 beneficiarios en 1999, a través de 250 efectores del primer nivel de atención del sistema de salud (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1999).

En cuanto a la intervención infantil y comunitaria, dirigida a niños menores de 13 años de hogares de bajos recursos, se implementaron dos modalidades: refrigerio reforzado y comedor (desayuno o merienda y almuerzo). En este caso, la modalidad comedor pasó de atender 7.000 niños en 1996 a atender a 13.851 niños en 1999 (en tres años casi se duplicó la cantidad de beneficiarios), en tanto la modalidad refrigerio, permanece prácticamente estable en los tres años, observándose incluso una pequeña reducción, de 2.570 niños atendidos en 1996 a 2.565 atendidos en 1999. En esta área, debe destacarse también el aumento de la cantidad de efectores que pasaron de 62 en 1996 (en general sólo dedicados a la alimentación) a 198 en 1999, de los cuales 60% desarrolla algún tipo de actividad educativa además de la asistencia alimentaria (por ejemplo apoyo escolar). (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1999)

Respecto de la intervención escolar, la misma registró niveles de aumento de cobertura en cada una de las modalidades en que se implementa: comedor, refrigerio escolar y copa de leche escolar. En el primer caso se pasó de una cobertura de 15.000 niños en 1996 a 19.105 en 1999, en el segundo caso de 22.047 niños atendidos en 1996 a 30.809 en 1999, y el tercer caso, de 76.598 niños bajo el programa, se pasó a 94.578 en 1999. En esta área de intervención el PPN alcanzó a 144.492 niños en 1.024 escuelas de nivel de enseñanza común, especial, privada, media y de educación para adultos (Subsecretaría de Desarrollo Social, 1999).

Finalmente, en cuanto a las prestaciones familiares, se da una tendencia similar a las anteriores. La cantidad de familias receptoras de un apoyo al ingreso consistente en un bolsón de 10kg de alimentos no perecederos, pasó de 16.000 en 1996 a 39.250 en 1999, es decir más que se duplicó la asistencia respecto de 1996. Esta prestación implementada a

través de los consejos sociales en el marco del proceso de descentralización a los municipios, se destina a las familias en riesgo social con niños menores de 13 años que no asisten a comedores infantiles o escolares o no están escolarizados o tienen mujeres embarazadas menores de 18 años.

En cuanto a la temática en que se inscribe la federalización de los recursos del PMI, esta provincia, como en los programas de asistencia alimentaria, entre 1996 y 1999 se caracterizó por avanzar en un esfuerzo de diagnóstico, evaluación y registro de las acciones vinculadas con la salud materno-infantil. Según la óptica oficial (Ministerio de Desarrollo Social y Salud, 1999), la reducción de la mortalidad materno- infantil se consideró política de Estado, y en consonancia, la Comisión de Salud de la legislatura provincial se incorporó a trabajar con el Ministerio, en el marco del Compromiso Provincial a Favor de la Salud de la Madre y el Niño para el año 2000. Por su parte, desde 1997 y con apoyo de UNICEF, se puso en marcha un sistema de evaluación de la mortalidad infantil, y la iniciativa “Hospital amigo de la madre y el niño”. Asimismo, desde 1995 funciona un Consejo Asesor Provincial Materno Infantil y se implementó una ley de salud reproductiva (Ley N° 6433 de 1996). También como incentivo para que las madres embarazadas realicen el control de embarazo, por Decreto N° 322/97 se las eximió del pago de pasajes en los servicios de trolebuses y se les realizan descuentos en las facturas de luz eléctrica.

Como se resaltó antes, esta es la única provincia en que el componente nutricional de este programa se incorporó al ya descripto PPN, aumentando sistemáticamente la cobertura, abocándose exclusivamente la Dirección de Promoción de la Salud- Maternidad e Infancia a los aspectos preventivos y de mejoramiento de la calidad de los servicios. Entre los indicadores de impacto que destacan como positivos está el descenso de la mortalidad infantil de 17,5% en 1996 a 15,5% en 1998 y la reducción de la mortalidad materna entre de 6,1 por 10.000 nacidos vivos en 1996 a 2,5 en 1998.

El caso de Neuquén

Esta provincia representa un caso con marcadas especificidades, en tanto ha sido considerada durante mucho tiempo un modelo en servicios de salud pública, y en capacidad de planificación. Sin embargo, durante la década del '90, a la par que se consolidaba el proceso de reforma del Estado nacional con la privatización de empresas

públicas, y ajustes para la consecución de los equilibrios macroeconómicos, la provincia avanzaba en una situación de pauperización de importantes sectores de la población. La privatización de la empresa YPF (fuente de trabajo importante, y base de la subsistencia de pueblos y ciudades) por una parte, el estancamiento de los salarios de los empleados públicos por la otra, más las fluctuaciones en la producción frutícola, pueden considerarse algunos de los condicionantes (aunque no los únicos) de este proceso.

Los fondos PROSONU y POSOCO han sido utilizados en esta provincia para el desarrollo de comedores comunitarios y comedores escolares (el primero) y para ayuda social directa, talleres productivos, pago de mano de obra (en el caso del segundo). Con respecto a las prestaciones alimentarias propiamente dichas, las mismas se ampliaron fundamentalmente a partir de fines de la década del '80.

Neuquén recibió anualmente durante gran parte de los '90, en concepto de PROSONU y POSOCO, \$3.500.000, de los cuales se destinaron \$ 950.000 al programa de comedores escolares y \$ 950.000 al PRONUCO, en tanto el resto (proveniente específicamente del POSOCO) se invirtió en ayuda social directa, fundamentalmente en los módulos alimentarios provinciales, los cuales alcanzaban a los \$ 6.000.000 anuales. La provincia a su vez realizó un aporte complementario cercano a los \$ 800.000 anuales para comedores escolares y el PRONUCO (el cual se presentará enseguida). El gasto en programas alimentarios alcanzó aproximadamente los \$ 8.800.000 anuales, sin contar los fondos que provienen de los programas nacionales ASOMA y PRANI.

A lo largo de los años '90 y en forma paralela a la transferencia del PROSONU y POSOCO, se creó en el ámbito de Secretaría de Acción Social del Ministerio de Salud y Acción Social el PRONUCO, programa alimentario que ha ejecutado el 50% de los fondos recibidos en concepto de PROSONU. La ejecución del mismo operó a través de los municipios, quienes recibieron fondos provinciales y desarrollaron las acciones de asistencia alimentaria fundamentalmente a través de los comedores infantiles y comunitarios.

El restante 50% de los fondos PROSONU se destinó durante estos años al programa de comedores escolares administrado por el Ministerio de Educación de la

provincia. A su vez, la Secretaría de Acción Social provincial ejecutó en forma directa un programa de comedores en la ciudad de Neuquén, ámbito en la cual, además, la Secretaría de Acción Social municipal implementa otros. Por su parte, desde el Ministerio de Salud y Acción Social se ejecuta un programa de reparto de cajas de alimentos que alcanza a 30.000 familias aproximadamente.

Como puede observarse, durante la década del '90 se sostuvo una situación de prestaciones alimentarias fragmentadas. Resumiendo lo indicado: comedores escolares, a cargo del Ministerio de Educación; PRNUCO, ejecutado por los municipios (excepto en Neuquén Capital), y administrado por la Secretaría de Acción social; cajas de alimentos, repartidas directamente por el Ministerio de Salud y Acción Social; al igual que los programas nacionales ASOMA (de asistencia alimentaria para ancianos) y PRANI, ejecutados por la Dirección de Planeamiento de este Ministerio.

A diferencia de las provincias de Buenos Aires y Mendoza, puede considerarse que Neuquén, al momento de realizar la investigación, se encontraba en un estadio previo en cuanto a la autonomía para el uso de los recursos que provienen del nivel central, concentrado más bien en el reconocimiento de las deficiencias de las intervenciones alimentarias tal y como las vienen desarrollando, y en el comienzo de un replanteo de esta modalidad de ejecución.

En Neuquén no se contaba, al finalizar la investigación, con registros sistemáticos sobre las diversas prestaciones alimentarias en lo que refiere a los aspectos nutricionales, y sólo recientemente se ha incorporado una nutricionista a los equipos de trabajo en la materia. Esta profesional ha iniciado acciones de capacitación. Señalaba un funcionario con responsabilidad en el área: *“Hay lugares en que se parte de cero. Un comedor en Neuquén es un espacio físico con un anafe, todo este trabajo de talleres de capacitación, actividades lúdicas a partir de espacios comunitarios, es lo que está haciendo la nutricionista en el interior”*.

Cabe acotar que el momento socialmente más crítico en la provincia de Neuquén se ubica a partir de mediados de la década del '90, casi cinco años después que en las otras

provincias argentinas⁴⁷. Este proceso es visualizado como caótico por los distintos actores involucrados, necesario de ordenar y racionalizar para lograr una organización regular y sostenida. Si bien no se menciona la necesidad de manuales de procedimientos, se hace referencia a la importancia de contar en los comedores con personas que permanezcan en la función de atención a los beneficiarios, a los efectos de que las acciones de capacitación que se realicen sean efectivas y se logre la motivación de estas personas. En este sentido, en una de las entrevistas se señala: *“Ahora están en los comedores personas que responden a los servicios de empleo que están por tres meses. Hoy se ha formalizado más, si no llega la comida no se hace nada. Las políticas sociales crean inercia, no están movilizand, estás sosteniendo, si no te deposito el bolsón de alimentos en la puerta, tengo el comedor enfrente”*.

Esta provincia, con sus 7.800 beneficiarios de PRANI, 2.800 de ASOMA y 30.000 de las cajas provinciales, tenía dificultades para monitorear sistemáticamente el impacto nutricional de estas iniciativas, a la vez que le costaba evaluar su pertinencia respecto a la dinámica intrafamiliar, no obstante los esfuerzos por mejorar la organización y registro de la oferta existente. En este contexto, no puede afirmarse que la transferencia del PROSONU y el POSOCO hayan tenido un impacto importante en la capacidad de gestión provincial en la materia, aún cuando aquella coadyuvó a la puesta en funcionamiento del PRONUCO, con transferencia de recursos a los municipios, pero esta transferencia, de acuerdo con la información relevada, no supuso cambios sustantivos en la calidad y modalidad de las prestación. Más bien todo lo contrario, al no existir un criterio claro sobre la distribución de los recursos, se amplían las posibilidades para el manejo discrecional de los recursos.

En esta provincia, por su parte, el PMI resultó un componente de importancia en un sistema de salud pública que se caracteriza por su nivel de integración. De acuerdo con las entrevistas realizadas, dado este desarrollo las metas de salud materno infantil que propuestas durante los años '90 fueron más exigentes que las nacionales. Aquí el componente nutricional del programa fue responsabilidad de la Dirección de Maternidad e Infancia, la que si bien consideraba positiva la federalización de los fondos de este

⁴⁷ A partir de allí se incrementan este tipo de prestaciones y se implementa un seguro de desempleo por Ley N° 2.128 de 1995, que prevé una asignación de \$170 que alcanza aproximadamente a 10.000 personas.

programa, criticó la dificultad de una clara planificación, producto de las fluctuaciones presupuestarias nacionales.

Históricamente esta provincia recibió el 1,9% de los recursos de los componentes federalizados del PMI, aproximadamente \$ 950.000, con los cuales cubrían aproximadamente el 80% de las necesidades provinciales de entrega de leche, pero a partir de 1998 se redujo a \$ 850.000, alcanzando a un 70% de las necesidades provinciales. Esta brecha entre los recursos disponibles han sido cubierta con fondos provinciales, y en conjunto de acuerdo con criterios de riesgo, se asistió aproximadamente en términos nutricionales a 17.000 niños de los 50.000 que se controlaban mensualmente.

Neuquén ha demandado en los últimos años mayores recursos para capacitación por parte del nivel nacional, ya que la última remesa para este objetivo (al momento de realizar el estudio), por un valor de \$ 140.000, la obtuvieron en 1998, reclamando además previsibilidad en las transferencias para poder realizar una adecuada planificación. Vale uno de los testimonios obtenidos *“El aporte de nación tiene que seguir y no puede pararse de un día para otro. Tenemos que tener posibilidad de prever y poder negociar políticamente con el gobernador y el ministro recursos para sostener la entrega de leche, pero si vienen este año y me dicen que en lugar de \$ 900.000 voy a tener \$ 500.000 y luego estos no llegan, no tengo márgenes para disputar recursos al interior de la provincia. Por eso es indispensable que Nación se mantenga en las cifras históricas, a fin de darnos tiempo de adecuarnos a las nuevas condiciones, a la vez que la asistencia técnica debe seguir, aunque de forma más descentralizada...”*.

IV.- REFLEXIONES FINALES

En primer lugar, debe destacarse que, como se sostuvo al principio de este trabajo, los programas de asistencia alimentaria, más allá de cual sea la dependencia en la que se gestionan (nivel nacional, provincial o municipal), mantienen las características de baja institucionalización y asistematicidad, elementos propios de lo que dio en llamarse la *matriz de la asistencia social*. Desde la Nación y desde cada una de las provincias analizadas se puede corroborar esta situación. No obstante, deben destacarse los intentos de sistematización, registro y evaluación realizados en Buenos Aires, Mendoza y Chaco, y

en medida en Neuquén. Una posible lectura de estas coincidencias puede estar dada por las propuestas nacionales y de los organismos de cooperación técnica y multilaterales de crédito (que adquieren importancia creciente) en este sentido.

En segundo lugar, debe señalarse que los procesos de transferencia de PROSONU y POSOCO, y de federalización de los fondos del PMI, no tuvieron impacto directo en las reorganizaciones de las áreas sociales provinciales. Más bien aquellos impulsos nacionales, que de cierto modo se llamaron desde el nivel nacional “descentralizadores”, resultaron procesos facilitadores de modalidades de optimización del trabajo ante la disponibilidad de los recursos. En este sentido, no hay evidencia de que la creación de las Secretarías de Desarrollo Social en Mendoza y Chaco, y del Consejo de la Familia y Desarrollo Humano en Buenos Aires, tengan relación directa con los procesos de transferencia señalados.

En tercer lugar, se puede afirmar que mientras la gestión del PMI se caracteriza por una mayor profesionalidad en la intervención, aunque dependiente de las fluctuaciones presupuestarias nacionales, las gestiones de los programas alimentarios cambian de impronta de acuerdo con las características de la gestión del área a la que pertenezcan. En Chaco y Mendoza después de 1995 se observa un proceso de unificación, normatización y medición de los servicios, en tanto en Neuquén se produce una situación de fragmentación de acciones y transferencia de responsabilidades a los municipios, con ausencia de reglas de juego claras. Buenos Aires, en este punto es la excepción, ya que dada las características fundamentalmente ejecutivas (antes que planificadoras) del Consejo de la Familia y Desarrollo Humano, se observa un proceso paralelo de intento de sistematización del Servicio Alimentario Escolar con la aparición de un programa como el Plan Vida que corta transversalmente y se superpone con muchas de las iniciativas existentes (por ejemplo, comedores infantiles municipales).

En cuarto lugar, desde una óptica presupuestaria, Buenos Aires, Neuquén y Mendoza, en diferentes medidas, complementan los recursos nacionales con recursos propios. Respecto de este punto, si pudiera construirse un continuo entre la situación de mayor independencia y de la mayor dependencia, en el extremo de independencia se ubicaría Buenos Aires, provincia que por los recursos que maneja no requiere mayormente de aportes nacionales, y en el extremo de la dependencia se ubicaría el Chaco, en la cual la

totalidad del PRONU Chaco se financia con los fondos coparticipados PROSONU y POSOCO.

En quinto lugar, y desde una perspectiva de valoración de la autonomía provincial para el desarrollo de iniciativas propias, esta característica puede relacionarse de manera directa con la independencia presupuestaria. Si bien cada una de las provincias analizadas elaboró un programa alimentario propio, se puede ubicar en el primer lugar a Buenos Aires, en que además de las acciones tradicionales implementó el Plan Vida, en segundo lugar a Mendoza, en que con el Programa Provincial Nutricional y el FIDES alcanzaron un grado de coherencia, normatización y transparencia importantes, luego al Chaco con el PRONU Chaco, y finalmente a Neuquén, en que se observa mayor desarticulación de los programas (incluido la gestión de los nacionales).

En suma, desde la óptica provincial podemos afirmar, por un lado, que todas las provincias bajo estudio han mostrado ciertos grados de capacidad de acción propia, a través de cambios institucionales, implementación de nuevos programas, rediseño de programas anteriores. Pero también podemos señalar que dicha capacidad no resultó homogénea sino que presentó graduaciones diferentes, las cuales están asociadas tanto a los recursos económicos de que dispuso cada jurisdicción a lo largo de los años '90, como por su capacidad técnico-administrativa para desarrollar políticas y programas propios, originales y adaptados a su realidad jurisdiccional.

La mayor capacidad de acción propia está representada por la provincia de Buenos Aires a la que se caracterizó como *independiente*, en la que se desarrollaron programas con identidad propia y originales a los que se les asignan recursos propios para su ejecución. Por su parte la menor capacidad de maniobra propia (por ejemplo, para asignar recursos propios) estuvo representada por la provincia del Chaco, no obstante que la misma ha realizado esfuerzos por mejorar la gestión de los programas alimentarios y del PMI.

Los casos intermedios están dados por Mendoza y Neuquén aunque con niveles diferentes. La provincia de Mendoza, a la que se caracterizó como *autónoma*, presentó en estos años un programa alimentario propio que integró la totalidad de las iniciativas alimentarias de asistencia y atención primaria de la salud con operatorias novedosas, el que

se financió con los recursos PROSONU, POSOCO y del componente nutricional del PMI, más la adición de recursos propios. Finalmente, en la provincia de Neuquén, que se caracterizó con variantes, dentro de una cierta *autonomía*, según los programas y/o recursos transferidos (con cierto nivel de desintegración en los casos de PROSONU y POSOCO y con mayor articulación en lo que refiere al PMI). Se observó que respecto de los primeros existía una convivencia desintegrada de iniciativas propias con estos, aunque complementa estas acciones con recursos propios, mientras que en el PMI este programa es la base del sistema de atención de la salud materno infantil de la provincia y complementó su presupuesto con recursos provinciales.

Puede afirmarse que el desarrollo de los programas analizados a lo largo de la década del '90 permitió mostrar: a) la persistencia de las matrices de asistencia social y atención primaria de la salud reactualizadas con elementos novedosos; y b) la adaptación activa no homogénea de las provincias a esta nueva situación, que puede interpretarse como una combinación de los niveles de independencia de recursos y de capacidad para formulación de políticas en cada una de éstas.

Para concluir cabe esbozar algunos interrogantes. El primero de ellos se vincula fundamentalmente con la posibilidad de revertir situaciones como las descriptas, en que en general más del 10% de los presupuestos en las áreas sociales se destinan a este tipo de alternativas, con impactos muy limitados en tanto la fluctuación de la indigencia no está asociada al impacto de los programas alimentarios y cuando los mismos han generado una serie de grupos de intereses y de presión con un alto grado de autonomía. El segundo de ellos, es qué pasaría en un contexto social como el de la Argentina hoy, si se suspendieran este tipo de iniciativas. Lamentablemente, este segundo interrogante, de fácil respuesta de tener un registro y sistematización adecuados, no se puede responder con rigurosidad.

Así, se puede concluir que la década del '90 ha sido prolífica en iniciativas provinciales y nacionales tendientes a mejorar los sistemas de asistencia y promoción social, aunque en este movimiento se asistencializaron las intervenciones alimentarias y se

alimentarizó la asistencia social, movimiento del que no ha sido ajena, en tanto “asignatura pendiente”, una definición clara de quién hace qué en materia social entre los distintos niveles jurisdiccionales. En este marco, hoy aparecen interrogantes y miradas críticas respecto de las consecuencias e impactos de estas intervenciones, que abren un espacio de desarrollo interesante siempre y cuando no se pierda de vista que la modalidad espontánea y poco institucionalizada de los programas alimentarios, tiene defensores entre quienes se benefician de estas situaciones, pero que, por otra parte, han generado procesos de organización social que no pueden desconocerse ni dejarse de lado.

Palabras finales. Es importante poder evitar la naturalización del tipo de programas de asistencia alimentaria como los descriptos. En este sentido, no debe perderse de vista que estas iniciativas (comedores, bolsones de alimentos, etc.) se generalizan y extienden en la última década, producto de la necesidad de sectores crecientes de la población, pero consecuencia también de la necesidad desde los diferentes ámbitos del Estado de dar respuestas rápidas y visibles a una situación de deterioro socioeconómico, más relacionado con el aumento de la desigualdad en la distribución del ingreso, que con un aumento del hambre tal como lo demuestra la epidemiología nutricional. En este sentido, cabe destacar el hecho de que hacia finales de los años '90 comenzaron a aparecer miradas críticas respecto de las acciones de asistencia alimentaria, tanto en lo que respecta a su impacto nutricional como social. De lo que se trata, al final de cuentas, es de saber no sólo el lugar que ocuparán las intervenciones alimentarias en las estrategias de asistencia social, sino del lugar que ésta ocupará en el conjunto de la política social.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, P. (1997) “Patrón alimentario, estrategias de consumo e identidad en Argentina”, *Boletín Informativo Techint* N° 290 Abril-Julio, Buenos Aires.
- Aguirre, P. (1993) “ La cuestión alimentaria”, en *Boletín Informativo Techint* N° 274 Abril-Julio, Buenos Aires.
- Aguirre, P. (1991) *Impacto de la crisis en los hogares de bajos ingresos en Argentina. La supervivencia de los más pobres*, mimeo, Buenos Aires.
- BID/CIEPP (1996) *Programas sociales focalizados*, mimeo, Buenos Aires.
- Britos, S; et al (2000) *Documentos de análisis del grupo de análisis epidemiológico nutricional*, PROMIN, Ministerio de Salud, mimeo, Buenos Aires.
- Centro de Estudios Bonaerenses (1995) *Servicio Alimentario Escolar: Diagnóstico y propuestas*, Ministerio de Economía, La Plata.
- Cetrángolo, O; Jiménez, J.P. (1996) *El conflicto en torno a las relaciones financieras entre la nación y las provincias. Segunda parte: desde la ley 23548 hasta la actualidad*, Serie Estudios N°10, CECE, Buenos Aires.
- CIDES-OEA; OPS (1988) *Evaluación de los impactos nutricionales y educacionales y análisis costo efectividad del programa de promoción social nutricional*, Versión final, Buenos Aires.
- Consejo Provincial de la Mujer (1994) *Guía para Consejos Escolares*, Servicio Alimentario Escolar Provincia de Buenos Aires, La Plata.
- Del Franco, A. (1989) “Consideraciones generales acerca del Programa Alimentario Nacional”, en Kliksberg, B (Comp) *¿Cómo enfrentar la pobreza? Estrategias y experiencias organizacionales innovadoras*, Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires.
- Golbert, L. (1996) “Viejos y nuevos problemas de las políticas asistenciales”. Serie Estudios N° 12, CECE, Buenos Aires.
- Golbert, L. (1992) “Asistencia alimentaria. Un nuevo problema para los argentinos”, en *La mano izquierda del estado. La asistencia social según los beneficiarios*, Miño y Dávila- CIEPP, Buenos Aires.
- Grassi, E; Hintze, S; y Neufel, M (1994) *Políticas sociales, crisis y ajuste estructural*, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Guy, D. (2000) “La ‘verdadera historia’ de la Sociedad de Beneficencia”, en Moreno, J.L. (comp.) *La política social antes de la política social*, Trama, Buenos Aires.
- Hintze, S. (1989) *Estrategias alimentarias de sobrevivencia (Un estudio de caso en el Gran Buenos Aires)* Tomos 1 y 2, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Ilari, S. (1999) “El ¿Plan? Vida. Análisis de su Gestión y propuesta para su transformación”, en *Cuadernos de Fundación del Sur* N° 7, Buenos Aires.

- Isuani, A. (1998) “Una Nueva Estapa Histórica”, en Isuani, Aldo y Filmus, Daniel (comps.) *La Argentina que viene*, UNICEF-FLACSO-Tesis Norma, Buenos Aires.
- Isuani, A. (1992) “Política social y dinámica política en América Latina ¿Nuevas respuestas para viejos problemas?”, en *Desarrollo Económico*, Vol.32, Nro.125, abril- junio, Buenos Aires.
- López, A. (1998) *Gasto Social Ineficiente y Clientelismo Político. El Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI)*, IDEP, Buenos Aires.
- Ministerio de Desarrollo Social (2000) *Diagnóstico de Situación*, Area Materno Infantil, Neuquén.
- Ministerio de Desarrollo Social y Salud (1999) *Nuestra Gestión en Salud Pública*, Subsecretaría de Salud, Mendoza.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Escuelas, UNICEF (1996) *Censo de talla de alumnos de primer grado*, Ministerio de Salud, Dirección de Programas Sanitarios, Programa Materno Infantil, La Plata, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1999) *Programa Materno Infantil y Nutrición*, PROMIN, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1996) *Plan Nacional de Acción para la Alimentación y Nutrición*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1993) *Plan Provincial de Salud Materno Infantil. Metas para el año 2000*, Subsecretaría de Salud, Neuquén.
- Ministerio de Salud Pública (1999) *Estadísticas de Salud*, Resistencia.
- Ministerio de Salud Pública (1996) *Compromiso provincial a favor de la madre y el niño*, Gobierno del Chaco, Resistencia.
- Moreno, J.L. (comp.) (2000) *La política social antes de la política social*, Trama, Buenos Aires.
- Orlansky, D. (1999) “Haciendo Democracia Operativa”, en *Estudios Sociales* Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.
- Pacheco, C.; Halperín, L. y Krimkiewicz, M. (1997b) *Informe de los resultados del relevamiento realizado en áreas testigo (mayo-junio de 1996) para monitoreo y evaluación del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI)*, mimeo, Buenos Aires.
- Pacheco, C.; Halperín, L. y Krimkiewicz, M. (1997b) *Informe final de los resultados del relevamiento 1997 de efectores y hogares en áreas testigo de los comedores infantiles*, mimeo, Buenos Aires,
- Programa Provincial de Nutrición (1999a) *Manual Operativo de Implementación de las Prestaciones Alimentarias en Establecimientos Escolares 1999*, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Mendoza.
- Programa Provincial de Nutrición (1999b) *Manual Operativo de Implementación de las Prestaciones Alimentarias en Establecimientos Infantiles y Comunitarios*, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Mendoza.

- Programa Provincial de Nutrición (1999c) *Manual Operativo de Implementación de las Prestaciones Alimentarias en Efectores de Salud*, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Mendoza.
- Repetto, F. (2000) “Gestión pública, actores e institucionalidad: las políticas frente a la pobreza en los 90’s”, *Desarrollo Económico* N°156, enero-marzo 2000, Buenos Aires.
- Ruiz V. y Giraldez, R. (1997) *Proyecto BIRF: Protección Social 3957-AR*, mimeo, Buenos Aires.
- Secretaría de Desarrollo Social de la Nación (1999a) *Programas Sociales. Encuesta de Condiciones de Vida*, SIEMPRO-INDEC, Buenos Aires.
- Secretaría de Desarrollo Social de la Nación (1999b) *Programa Alimentario Nutricional Infantil, Informe de Gestión, 1995-1999*, PRANI, Buenos Aires.
- Secretaría de Desarrollo Social de la Nación (1996) *Plan Social Alimentario Nutricional. Contrato de Préstamo BID 749/OC/AR*, mimeo, Buenos Aires.
- Secretaría de Desarrollo Social de la Provincia del Chaco (2000) *Datos de raciones del PRONU Chaco*, PRONU Chaco, mimeo, Resistencia.
- Secretaría de Desarrollo Social de la Provincia del Chaco (1999) *Versión Preliminar Informe de Gestión 1995-1999*, mimeo, Resistencia.
- Secretaría de Programación Económica y Regional (1999) *Caracterización y Evolución del Gasto Social. Período 1980-1997*, Ministerio de Economía, Buenos Aires.
- Servicio Alimentario Escolar (s/d) *Lineamientos Generales*, Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano, La Plata.
- SIGEN (1999) *Informes de auditorías de POSOCO y PROSONU*, mimeo, Buenos Aires.
- Sistema Articulado Provincial AIPO (s/d) *Ampliación y Profundización del Programa de Seguridad Alimentaria*, Secretaría de Desarrollo Social del Chaco, mimeo, Resistencia.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (2000) *Programas Sociales Provinciales de Mendoza, Área Alimentación y Nutrición*, SIEMPRO, mimeo, Buenos Aires.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (2000) *Cuadro Síntesis Fondos PROSONU y POSOCO*, SIEMPRO, mimeo, Buenos Aires.
- Subsecretaría de Desarrollo Social (1999a) *Informe General de Gestión. Programa provincial de nutrición período 1996-1999*, Programa Provincial de Nutrición, mimeo, Mendoza.
- Subsecretaría de Desarrollo Social (1999b) *Plan de Acción 98. Políticas, programas, descentralización, financiamiento, Fondo de Inversión Social*, Mendoza.
- Szulik, D. (1999) *Informe Intermedio, Proyecto de Investigación Pobreza y Políticas Sociales: un estudio sobre los programas alimentarios*, Directora: Dora Orlansky, Instituto Gino Germani, mimeo, Buenos Aires.
- Tenti Fanfani, E. (1989) *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención*, CEAL Biblioteca Política N° 256, Buenos Aires.

Valdez,G; Dusset,R; y Bertolino, G. (1996) *Etapas de Diagnóstico, PROMIN*, mimeo, Resistencia.

Vollmer, M. I. y Beltranou,J. (1999) *Reforma del Estado y Política Social en Mendoza*, primera versión presentada en el Foro de Políticas Sociales de la Fundación Gobierno y Sociedad, Buenos Aires.

Zimmermann, Eduardo (1995) Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina 1890-1916, Sudamericana/Universidad de San Andrés, Buenos Aires.

NORMATIVA REVISADA

Decreto Reglamentario de la Ley 12.341.

Ley 23.767.

Ley 24.049

Ley 24.061

Resolución SDS 1005/95

Resolución SDS 1825/96

ANEXO I: ENTREVISTAS REALIZADAS

Nivel Nacional.

- 1- Lic. Susana Beltran. Ministerio de Desarrollo Social
- 2- Lic. Hilda Paiuk. Ministerio de Desarrollo Social
- 3- Lic. Roberto Getty. Ministerio de Desarrollo Social.
- 4- Lic Luis Fara (Ex Director ejecutivo del PROMIN)
- 5- Lic. Laura Golbert
- 6- Lic. Eduardo Pablo Amadeo (Ex Secretario de Desarrollo Social de La Nación)
- 7- Lic. Sergio Ilari
- 8- Lic. Violeta Ruiz.
- 9- Lic. Patricia Aguirre

Provincia de Buenos Aires.

- 10- Lic Susana Losano (Servicio Alimentario Escolar)
- 11- Lic. Antonio Colisigno (Plan Vida)
- 12- Dr. Raul Mercer. (ex responsable del Programa Materno Infantil de la Pcia. de Buenos Aires)
- 13- Lic. Hector Bustamente (Consejero Escolar del Municipio de Morón)
- 14- Dra. Inés Pertino. (técnica del PROMIN, ex Subsecretaria de Salud de la Pcia de Buenos Aires)

Provincia de Mendoza

- 15- Lic. Julian Beltranou (ex responsable del Programa Provincial de Nutrición)
- 16-Lic. Maria Ines Vollmer (Ex Subsecretaria de Desarrollo Social)
- 17- Arq. Jorge Pardal (Intendente de Guaymallen)
- 18- Arq. Pablo Marquez (Ex Ministro de Salud y Desarrollo Social)
- 19- Sr. Jorge Sandez (Responsable del Servicio de Organización Social del Municipio de Guaymallén)

20- Sra. Viviana Bautista (Integrante de la ONG COLOBA de Mendoza)

Provincia de Neuquén.

21- Lic. Carlos Nogués (Fundación de Estudios Patagónicos, Neuquén)

22- Lic. Graciela Gore (Directora de Planeamiento de Neuquén)

23- Lic. Alicia Varela (tecnica de la Subsecretaria de Acción Social de la Municipalidad de Neuquén)

24- Dra. Cristina Garibaldi (Responsable del Área Maternidad e Infancia)

25- Lic. Adriana Corradi (Subsecretaria de Acción Social)

26- Lic. Mónica Oppesi (Técnica del Ministerio de Salud y Desarrollo Social)

27- Lic. María del Carmen Doree.(Técnica del PROSONU)

Provincia del Chaco

28- Prof. Maria Elisa Rodriguez de Carrio (Ex Secretaria de Desarrollo Social de la Provincia)

29- Dr. Carlos Rubio (Secretaria de Desarrollo Social de la Provincia)

30- Dr. Pedro Picasso (Director de Salud Materno Infantil de la Provincia)

31- Hna. Angela Caputo (responsable de comedores de Caritas Resistencia)

32- Prof Helena Gamarra (Coordinadora del programa AIPO)

33- Lic Julia Molero (Directora pcial de Nutrición)

34- Dr. Valfré (ex ministro de Salud y Acción Social)

35- Arq. Burguener (ex Secretario de Acción Social)

36- Sra. Nora Salas de Bittel (ex Subsecretaria de Acción Social)

37- Arq. Marta Alvarez (ex Secretaria de Acción Social- Municipio de Resistencia).

38- Dr. Victor Martínez Nuñez. (responsable de PRONU- Chaco)

ANEXO II: ANALISIS DE NORMATIVA RELEVANTE

<i>Normativa</i> <i>Período</i>	Propósitos	Contenidos	Rol asignado a las Pcias.	Rol reservado al nivel central.	Relación con decisiones fiscales.	Tipificación
12/1989- Ley 23767 Posoco	Satisfacer las necesidades alimentarias , locativas , sanitarias , de los sectores más carenciados del país. Fomento de la promoción y solidaridad sociales y la participación comunitaria.	Necesidades alimentarias, sanitarias asistenciales serán atendidas mediante prestaciones directas de bienes y servicios. Necesidades habitacionales y/o locativas, serán atendidas mediante subsidios.	Se les asigna el 56,66% del presupuesto, que deben aplicar para el cumplimiento de los programas nacionales que se definen para cumplir los objetivos de la ley, o programas provinciales previa aprobación de la Unidad Ejecutora Nacional.	Se le asigna el 43,33% del presupuesto. Se constituye una Unidad Ejecutora Nacional encargada de definir los programas a desarrollarse y de la aprobación de los programas presentados por las UEP. La UEN está constituida por : El Ministro de	Por el momento en que entre en vigencia puede vincularse con la ley de reforma del estado y de emergencia económica.	Existe sólo descentralización en la ejecución de los programas presentados por la UEP y aprobados por la UEN.

			Cada provincia constituye una unidad ejecutora integrada por el Gobernador, el Ministro de Salud y Acción Social, los dos senadores nacionales y dos diputados nacionales que hayan encabezado las dos listas que hayan obtenido mayor cantidad de votos. Se menciona la participación de los municipios en la presente ley.	Salud y Acción Social, el Secretario de Coordinación de Salud y Acción Social, dos Senadores y dos Diputados elegidos por las respectivas cámaras.		
--	--	--	--	---	--	--

Normativa <i>Periodo</i>	<i>Propósitos</i>	<i>Contenidos</i>	Rol asignado a las Pcias.	Rol reservado al nivel central.	Relación con decisiones fiscales.	Tipificación
12/1991- Ley 24049 Transferencia de Servicios Educativos a las provincias. 24061- Presupuesto 1992	Transferir a las provincias los servicios educativos a cargo del ministerio de educación, incluido el programa PROGRAMA SOCIAL NUTRICIONA L. Art.14 Establecer que la administración y financiamiento de los programas POSOCO y PROSONU corresponde a las provincias.	Se establecen como anexo 1 los montos a transferir a cada provincia en concepto de : Cultura y Educación, PROSONU y POSOCO, hospitales, menor y familia. El criterio de distribución es la repetición del promedio mensual abril-diciembre de 1991. Transferencia del personal y los bienes inmuebles aplicados a	Asumir los servicios educativos y ejecutar los programas PROSONU y POSOCO.	Ejecución de las políticas y estrategias del sistema educativo nacional. Análisis y seguimiento de la situación educativa. Retención por parte de la Secretaría de Hacienda de los más de \$ 900 millones de la copartición antes de la distribución secundaria, en cumplimiento de lo establecido por el Anexo 1.	El Pacto fiscal de agosto de 1992, en su cláusula séptima establece el compromiso por parte de las provincias de firmar el convenio de transferencias de estos servicios a las provincias. En este marco, la descentralización del PROSONU y el POSOCO pueden interpretarse como incentivos para la aceptación de las provincias de los servicios educativos y de la firma del pacto Federal.	Economicista-tecnocrática (Filmus) La descentralización de estos programas es residual en el marco de esta Ley.

		esos programas.		(No se especifica el rol del Gobierno Nacional en el caso de los programas POSOCO Y PROSONU)		
--	--	-----------------	--	---	--	--

Normativa <i>Período</i>	<i>Propósitos</i>	<i>Contenidos</i>	Rol asignado a las Pcias.	Rol reservado al nivel central.	Relación con decisiones fiscales.	Tipificación
1992- Descentraliza- ción del Programa Materno Infantil	Creado en 1937, procura hacer cumplir el compromiso a favor de la Madre y el Niño firmado por el país en 1990	Entrega de leche a las madres embarazadas, a las que están amamantando y a los niños entre 0 y 2 años. Seguimiento del estado nutricional y de salud de la embarazada.	Decisión del proceso de compra distribución y entrega de insumos. Aportar el personal técnico y adm. Para el desarrollo del programa. Aportar fondos complementarios a los nacionales.	Firma de convenios con cada jurisdicción provincial en el que se especifican los compromisos asumidos para cada año. A través de la Secretaría de Hacienda se transfieren como fondos de asignación específica a las tesorerías provinciales.	Cronológicamente es contemporáneo al Pacto Fiscal, aunque a partir de la información disponible no es posible establecer relaciones, excepto la declamación de la voluntad y pertinencia de la descentralización en el primero.	Centralización normativa y descentralización de la ejecución y el manejo de los fondos.
03/1995 Res. 1005. Secretaría de Desarrollo Social de la Nación.	Conformar un grupo de trabajo que intervenga en la superación de la dispersión de acciones, la	El grupo de trabajo se constituye para: a- relacionarse con otros	No se establece	Coordinación de acciones, relaciones interinstitucionales, diseño de acciones.	Creación de la SDS, aparición en la agenda pública de las cuestiones relacionadas con el deterioro en las condiciones de vida de los sectores importantes de	Intención de toma de control por parte de la SDS sobre los programas alimentarios nutricionales que se desarrollan con los

Creación del Grupo de trabajo para el análisis y planificación de políticas alimentario nutricionales.	falta de un diagnóstico integral y las dificultades en el circuito de transferencia y manejo de los recursos.	sectores del gobierno nacional. b- Coordinación con los efectores guberna mentales y no gubernam entales de los programas que tengan componen tes alimentari o nutricional es c- Desarrolla r el Programa de Alimentac ión y nutrición Infnatil de la SDS.			la población.	fondos coparticipados y de otras áreas del Gobierno Nacional
--	---	--	--	--	---------------	--

05/96 Res. 1825/96 Secretaría de Desarrollo Social de la Nación Creación del Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI)	Mejorar las condiciones de vida y acceso a una alimentación adecuada y suficiente de los niños de 2 a 14 años.	Desarrollará acciones de : Asistencia técnica a las contrapartes provinciales. Capacitación a las contrapartes provinciales Financiamient o de proyectos de inversión Infraestructura , equipamiento, dieta, diagnósti co, funcionamient o de la UCEP, etc) Movilización social	Las provincias son la contraparte fundamental del nivel central del programa. Presenta los proyectos de trabajo anuales y son los responsables de la rendición de cuentas por los fondos recibidos. Para el cumplimiento de estos objetivos se propone la constitución de una unidad de coordinación y enlace provincial presidido por el titular del área de acción social provincial. Se sugiere que las	El nivel central establece el marco normativo, realiza el seguimiento y control de gestión de la implementación del programa a nivel provincial , evalúa los proyectos provinciales y asigna el presupuesto.	No se observan	Centralización normativa y descentralización de la ejecución .
---	--	---	---	---	----------------	---

			mismas estén integradas por miembros de las otras instancias de gobierno involucradas con el programa como educación, salud, economía, etc. y representantes de organizaciones no gubernamentales.			
--	--	--	---	--	--	--

Normativa <i>Periodo</i>	<i>Propósitos</i>	<i>Contenidos</i>	Rol asignado a las Pcias.	Rol reservado al nivel central.	Relación con decisiones fiscales.	Tipificación
1996 Plan Nacional de Acción para la Alimentación y Nutrición. Ministerio de salud y Acción Social.	Procura Integrar las acciones desarrolladas e incorporar nuevos lineamientos que permitan el bienestar nutricional de la población Argentina , en particular de los sectores más vulnerables.	Desarrollar un enfoque intersectorial integrado tendiente a mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población argentina.	Participaron en talleres de Trabajo Nacionales.	Coordinación y difusión de la producción . Ejecución y seguimiento de las acciones diseñadas para el cumplimiento de los objetivos propuestos.	Puede pensarse esta acción como un intento de retomar la iniciativa en la problemática en el años de creación del PRANI en la SDS.	Intención de toma de control por parte del Ministerio de Salud y Acción Social sobre la definición de políticas alimentario nutricionales.