



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés

Departamento de Ciencias Sociales

Licenciatura en Ciencia Política

El gigante invisibilizado

Diagnóstico de la situación nutricional y propuesta de política pública para combatir la obesidad en Argentina

Autor: Federico Braga

Legajo: 26028

Mentor: Diego Pando

Capital Federal, Argentina

ÍNDICE

1. Introducción. (pág. 3)
2. Definición de Conceptos. (pág. 4)
 - Seguridad Alimentaria
 - Desnutrición
 - Obesidad y sobrepeso
 - Alimentación saludable
3. Diagnóstico de la obesidad y sobrepeso a nivel global. (pág. 14)
4. Diagnóstico de la obesidad y el sobrepeso en Argentina. (pág. 21)
5. Antecedentes de políticas para promover una alimentación saludable en Argentina. (pág. 28)
6. Programas de transferencias condicionadas (pág. 34)
 - PROSPERA en México
 - Bolsa de Familia en Brasil
 - SNAP en Estados Unidos
 - AUH en Argentina
7. Propuestas de políticas públicas (pág. 43)
 - Mejora de eficiencia y extensión de “Comedor saludable”
 - Potenciación nutricional de la Asignación Universal por Hijo
8. Conclusiones (pág. 50)
9. Información oficial disponible sobre la situación nutricional en Argentina (pág 51).
10. Bibliografía (pág. 52)
11. Anexo (pág. 55)

Introducción

En las últimas décadas los cambios suscitados en nuestra forma de vida generaron nuevas prácticas, y por lo tanto, nuevos desafíos a ser tenidos en cuenta. El creciente sedentarismo acompañado del auge en la mercantilización de las conocidas “comidas rápidas” fue cambiando los hábitos alimenticios de la población. De esta manera, el Estado se debe adaptar a estas transformaciones y generar políticas que sean eficaces para combatir los cada vez más frecuentes trastornos alimenticios.

Particularmente en Argentina, el foco de la cuestión se lo han llevado históricamente los problemas vinculados a la desnutrición crónica, que gracias a distintas políticas como comedores escolares o políticas de transferencia condicionada indirecta (como Asignación Universal por Hijo - AUH) pudieron disminuir bastante. No obstante, en estos mismos años crecieron cuantiosamente los trastornos alimenticios vinculados al sobrepeso y la obesidad, que dada la cotidianeidad y creciente naturalización del problema no se les ha prestado la debida atención.

En términos de políticas públicas hoy en día no existen mecanismos directos para combatir esta problemática, por lo tanto, el presente trabajo procurará:

- Definir de manera clara aquellos conceptos necesarios para entender todo el trabajo.
- Realizar un diagnóstico de la situación nutricional a escala global
- Realizar un diagnóstico de la situación nutricional argentina, comparándola con el resto de los países de la región.
- Examinar antecedentes de políticas públicas para generar seguridad alimentaria, esto incluye políticas que no tuvieron estrictamente este objetivo (como lo fue la Asignación Universal por Hijo).
- Proponer dos políticas públicas para promover hábitos de alimentación saludable.

Definición de Conceptos

Para asegurarnos que partimos del mismo marco conceptual realizamos este apartado a modo de definir cada uno de los conceptos claves del presente trabajo. Cada uno de los fenómenos a analizar tiene enfoques multidisciplinarios que resultan de mucha complejidad, por esto, es muy importante ponernos de acuerdo en las definiciones, para luego, realizar el diagnóstico de la situación global y nacional de estos problemas.

Seguridad Alimentaria

“Derecho de todas las personas en todo momento al acceso físico y económico a alimentos suficientes, inocuos, nutritivos, que les permita satisfacer todas las necesidades nutricionales y preferencias alimentarias, para llevar adelante una vida activa y sana”. (Cumbre Mundial de la Alimentación; 1996).

Este derecho surge a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 donde Naciones Unidas proclamó que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación ...” (Art 25). Luego, se respaldó a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1996 donde se señala que “Los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso en la alimentación ... “luego remarcando “... el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre” (Art. 11). De forma más reciente, el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial (GSB) ha propuesto que el concepto incluya la necesidad de la población de tener acceso físico, social y económico a alimentos suficientes y de calidad para llevar adelante una vida sana y activa.

Como podemos ver, los Estados no sólo tienen la obligación de garantizar la salud de su población, sino también, augurar para que esta alimentación sea saludable. Esto último es uno de los desafíos más grandes de los Estados de hoy en día ya que los datos globales¹ de deterioro alimenticio demuestran que cada vez las poblaciones se están alimentando peor.

¹ Estos datos se muestran en la sección de diagnóstico global.

Argentina tiene una gran deuda pendiente con respecto a este tema ya que no ha podido a partir de políticas resolver aspectos fundamentales en la distribución de cantidad y calidad de alimentos. El Observatorio de Deuda Social de la Universidad Católica Argentina (UCA) mostró en 2012 que un 20,2% de niños y adolescentes se encontraban en situación de inseguridad alimentaria. Encuestas realizadas por CEPAL demuestran que las deficiencias de nutrientes esenciales como calcio, vitaminas A, C, hierro, omega 3 son notorias en los jóvenes de la República Argentina, sobre todo en aquellos pertenecientes a los sectores más pobres de la sociedad.

Pero ¿qué se hace hoy en día? Rige la ley 25724 del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria que implementa a nivel nacional el Ministerio de Desarrollo Social y Salud los programas de asistencia alimentaria. Estos consisten en distribución de leche fortificada para niños pequeños y mujeres embarazadas, o los programas de tickets y tarjetas alimentarias², la administración de los programas de comedores escolares (donde se le envía con este propósito dinero a las provincias), y algunos programas específicos para fortalecer la alimentación en algunas zonas (por ejemplo, se han implementado programas de distribución de alimentos en villas o talleres de capacitación en cuestiones culinarias).

A pesar de estos intentos, los datos empíricos mostrados demuestran que los esfuerzos actuales no son suficientes para garantizar la seguridad alimentaria de la población. En la sección de análisis de la situación argentina veremos más a fondo los programas que se implementaron, la cuestión social actual, y las medidas que serían necesarias implementar.

Desnutrición

Es la última expresión de inseguridad alimentaria y nutricional de una población. Se caracteriza por un deterioro de la composición corporal y la alteración sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales (que en algunos casos son irreversibles). A la desnutrición global se la reconoce por el bajo peso de los individuos.

Su origen puede ser el consumo insuficiente de cantidad y calidad de alimentos. Por ejemplo, ausencia o inadecuada lactancia materna y malas prácticas de alimentación complementaria pueden devenir en desnutrición. Pero también, puede darse por un exceso de comidas que no aportan los micronutrientes necesarios para una alimentación

² En contextos muy aislados también se hace entrega alimentos de forma directa.

balanceada³. En la comunidad asociada a temáticas de salud se conoce a la desnutrición como una enfermedad de origen social. Esto se debe a que los determinantes para que haya personas con este padecimiento son principalmente factores sociales como la desigualdad social, el bajo nivel educativo de los padres, los limitados ingresos económicos de una familia, las condiciones insalubres de vivienda, las necesidades básicas insatisfechas, el hacinamiento, el escaso acceso a una red de agua apta para el consumo, entre otros. (Subdirección de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas, Ministerio de Salud de Colombia; 2016)

Existen dos grandes categorizaciones para la desnutrición. Estas son:

Desnutrición aguda⁴: Ligada a contextos de pobreza extrema y enfermedades transmisibles. Asociada al adelgazamiento patológico donde se da una pérdida involuntaria mayor al 10% del peso corporal. Viene en conjunto con diarrea, fiebre y debilidad generalizada. Su manifestación más notoria es el síndrome de emaciación. Sus consecuencias pueden escalar hasta la manifestación de discapacidades irreversibles o directamente la muerte de los individuos.

Desnutrición crónica⁵: Asociada al déficit de micronutrientes como consecuencia de dietas con déficit de hierro, ácidos fólicos y distintas vitaminas a cambio de exceso de hidratos de carbono y grasas. Esto se ve reflejado en un retraso en el crecimiento de los niños o en una baja estatura permanente. Usualmente se debe a insuficiencia alimentaria o enfermedades infecciosas⁶.

Hay que tener cuidado porque la obesidad no es necesariamente una manifestación de desnutrición crónica. Como mencionaremos próximamente, la obesidad se debe a un desbalance energético en el consumo diario de alimentos sumado a un hábito de vida sedentario, pero este desbalance no viene directamente asociado a carencias nutricionales.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y el Banco Mundial en los países de América Latina los dos tipos de desnutrición fueron disminuyendo. Por distintas políticas de Estado (ej: crecimiento de comedores escolares, transferencias

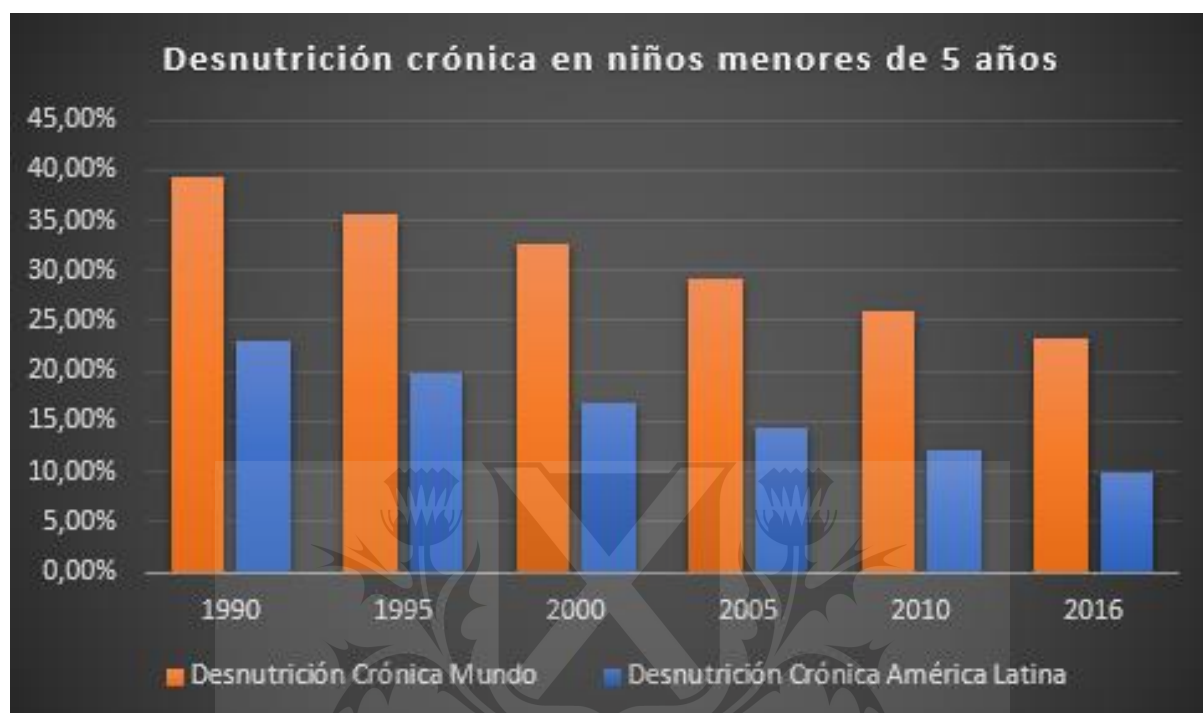
³ Más adelante, en esta sección de definición de conceptos, mostraremos que implica una alimentación balanceada.

⁴ En inglés conocida como *stunting*.

⁵ En inglés conocida como *wasting*.

⁶ Ej: diarrea, infecciones respiratorias y sarampión (FAO y OPS; 2017).

monetarias indirectas, crecimiento del PBI per cápita, entre otras⁷) la cantidad de casos de desnutrición crónica mantienen una disminución constante siguiendo la tendencia mundial. Veamos:



Fuente: Elaboración propia sobre la base de UNICEF, WHO (OMS), World Bank Group (2017)⁸.

Por otro lado, no hay datos en serie de tiempo con respecto a la desnutrición aguda en América Latina por la OMS. Pero en el último reporte que data de 2016 donde se puede apreciar que hay 1,3% de niños menores de 5 años con desnutrición aguda y un 0,2% de niños menores de 5 años con desnutrición aguda severa. Es lógico pensar que esta situación es alarmante, pero si la ponemos en perspectiva comparada con el resto de las regiones la realidad es que América Latina se encuentra entre los mejores puestos. Para ser específicos con los mismos datos de 2016 la cantidad de niños menores de 5 años con desnutrición aguda en el mundo equivalen a 7,7%, y aquellos con desnutrición aguda severa equivalen a 2,5%.

⁷ En las próximas secciones procederemos a analizar qué políticas se hicieron para afrontar cuestiones alimentarias, y veremos con más detenimiento cada una.

⁸ <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.nutrition-2016?lang=en>

Obesidad y sobrepeso

La obesidad es una enfermedad no transmisible de alta prevalencia en Argentina y la mayoría de los países del mundo. Se caracteriza por un mayor contenido de grasa corporal que va a determinar riesgos de salud que limitan las expectativas y calidad de vida de los individuos. Específicamente, aumenta considerablemente las probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2⁹, cáncer (endometrio, mama y colon), trastornos en el aparato locomotor, y depresión. Por otro lado, el sobrepeso no se encuentra estrictamente catalogado como enfermedad, pero lógicamente es un paso anterior para tener este padecimiento. De esta manera, la población con sobrepeso es catalogada como población con riesgo de tener obesidad en un futuro, este riesgo va a estar determinado por el nivel de sobrepeso que la persona posea¹⁰. (Moreno; 2010)

Pocas enfermedades han avanzado de manera tan alarmante en la mayoría de los países del mundo durante las últimas décadas como ha ocurrido con la obesidad. El principal motivo de preocupación es el enorme porcentaje de personas afectadas. En la mayoría de los países de Latinoamérica este porcentaje ronda entre el 20% y el 30% de la población, y si le sumamos a las personas que padecen sobrepeso esto se torna un promedio que ronda entre el 50% y el 65% de la población¹¹.

Universidad de
San Andrés

⁹ Tipo de diabetes más común. Es una enfermedad crónica en la cual hay un alto nivel de azúcar en sangre. Cuanto más elevado es el nivel de grasa en el organismo, más elevado es el nivel de glucemia. Cuando hay mucha glucemia en sangre, el páncreas secreta insulina en exceso para intentar reducir la elevada cantidad de glucemia. Aquí se produce un estancamiento, porque si el nivel de glucemia es muy alto, el páncreas no puede producir el nivel de insulina necesario para bajar los niveles de glucemia. Es aquí donde existe una constante situación de hiperglucemia y surge la diabetes (www.healthlabs.eu).

¹⁰ Más adelante veremos los distintos grados de obesidad.

¹¹ Donde los casos más preocupantes son México, Panamá, Venezuela y Chile (Organización Mundial de la Salud; 2017).

Países	Obesidad		Sobrepeso		Obesidad o sobrepeso		
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	total
Paraguay	22,0%	15,0%	29,3%	36,5%	51,3%	51,5%	51,4%
Brazil	24,0%	17,1%	29,0%	38,1%	53,0%	55,2%	54,1%
Bolivia	23,1%	12,4%	34,2%	36,6%	57,3%	49,0%	53,2%
Colombia	24,6%	15,8%	33,4%	38,4%	58,0%	54,2%	56,1%
Ecuador	23,6%	14,5%	34,5%	38,0%	58,1%	52,5%	55,3%
Argentina	30,1%	26,7%	29,5%	39,9%	59,6%	66,6%	63,1%
Uruguay	31,3%	23,5%	29,3%	39,4%	60,6%	62,9%	61,8%
Cuba	29,4%	17,8%	32,0%	34,1%	61,4%	51,9%	56,7%
Peru	25,4%	15,0%	36,1%	37,7%	61,5%	52,7%	57,1%
Costa Rica	28,5%	19,1%	33,0%	39,3%	61,5%	58,4%	60,0%
Chile	32,8%	24,8%	30,3%	39,9%	63,1%	64,7%	63,9%
Venezuela	29,4%	21,9%	34,3%	40,3%	63,7%	62,2%	63,0%
Panamá	30,4%	19,8%	33,4%	38,2%	63,8%	58,0%	60,9%
Mexico	32,4%	23,7%	32,8%	39,9%	65,2%	63,6%	64,4%

(Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos publicados por OMS en *Global Health Observatory* (En línea). Fecha: junio de 2017).

Por la enorme magnitud de esta problemática y su incesante avance la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado a la obesidad y al sobrepeso con el carácter de epidemia mundial. Más adelante procederemos a examinar específicamente la evolución del sobrepeso y la obesidad en el contexto global.

Ahora bien, si entendemos que la obesidad y el sobrepeso se han tornado un problema de tales magnitudes necesitamos herramientas precisas, pero más que nada, fáciles de aplicar y que permitan una rápida comparación entre los distintos países. La OMS actualmente utiliza el “índice de masa corporal” como proxy para determinar la cantidad de población con sobrepeso y obesidad. Este índice establece una relación entre el peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la altura expresado en metros:

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 (\text{Mts.})}$$

De esta manera, aquellas personas con un IMC entre 25 y 29,9 son consideradas personas con sobrepeso. Mientras que aquellas personas con un IMC superior a 30 con consideradas con obesidad. Veamos la especificidad:

Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo Asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de Peso	≥ 25	
Sobrepeso o Pre Obeso	25 - 29.9	AUMENTADO
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9	AUMENTO MODERADO
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9	AUMENTO SEVERO
Obesidad Grado III o mórbida	≥ 40	AUMENTO MUY SEVERO

Clasificación de la obesidad según la OMS (Moreno; 2012)

Como podemos ver, es una medida estándar bastante simple que permite generar información de manera muy rápida entre la población de un territorio. Con un muestreo adecuado se puede obtener sin mayores dificultades la cantidad de personas con sobrepeso y obesidad dentro de un país. No obstante, esta medida peca de simplista y es criticada por varios nutricionistas ya que no capta de manera precisa la cantidad de exceso corporal medido en grasa. Hay varios deportistas cuyo índice corporal los consideraría personas con sobrepeso, o hasta en algunos casos obesas, pero esto es únicamente debido a que tienen una musculatura muy grande. El IMC no capta esto. Tampoco distingue aquellas personas con sobrepeso estable (con un balance energético neutro) de aquellas con sobrepeso variante (con un balance energético dinámico). Existe un gran número de obesos que en su intento por bajar de peso se someten a tratamientos, dietas y productos muy variados que producen mucha fluctuación en su peso corporal. Pero, una vez que se padece obesidad es muy difícil retrotraer es situación de manera rápida y aquí es donde se produce en conocido “síndrome Yo-Yo”. Por esto, hay personas obesas con momentos donde su IMC es inferior al de una persona que se consideraría obesa, pero siguen padeciendo de esta enfermedad por el alto grado de fluctuación en su peso corporal.

Más allá de las críticas mencionadas. El IMC resulta una medida bastante eficiente (ya que capta con un alto grado de precisión aquellas personas con sobrepeso y obesidad) y muy práctica (ya que establece de una manera simple y estandarizada comparaciones rápidas). Existen otras medidas creadas para captar el sobrepeso y la obesidad, no obstante, dada su poca practicidad¹² no son comúnmente utilizadas. Por estos motivos nos vamos a concentrar en el IMC adoptado por la OMS.

¹² Ej.: Bioimpedanciometría, absorciometría dual de rayos x, hidrodensimetría, BodPod, métodos de dilución, medición del 40k, entre otros.

Alimentación Saludable

Una alimentación saludable es aquella que contiene una amplia variedad de alimentos ricos en nutrientes. A continuación, mostraremos en orden de prioridad de consumo los alimentos seleccionados de los 5 grupos básicos:

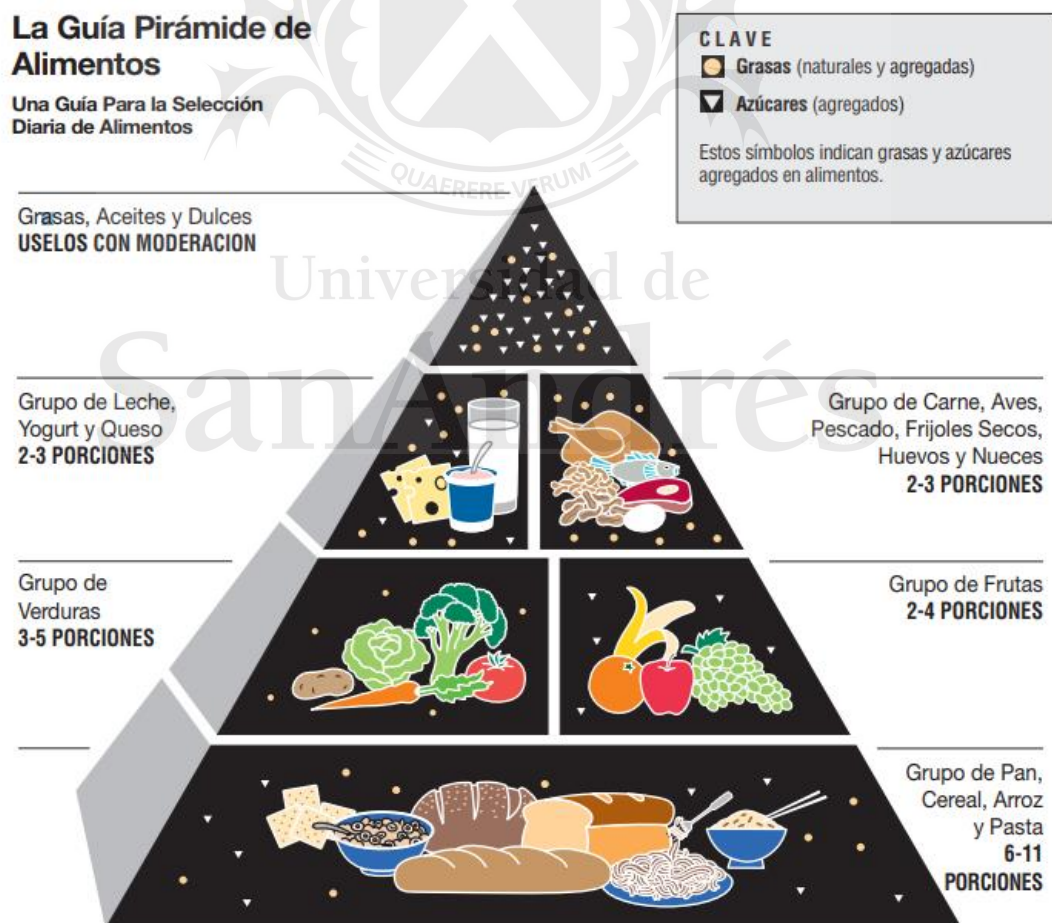
1. Almidones: A pesar de que generalmente se diga que no hay que consumir estos alimentos, el cuerpo humano obtiene de los hidratos de carbono su principal fuente de energía. Proporcionan fibras, vitaminas y minerales indispensables para el buen funcionamiento del organismo. Ej.: almidones: pan, arroz, cereales, arvejas, maíz, papa, e hidratos de carbono en general.
2. Frutas y verduras: Estos alimentos proporcionan vitaminas A, C, ácidos fólicos, magnesio, fibras y potasio. Son naturalmente muy bajos en grasa y es muy importante consumir al menos 3 porciones de estos alimentos todos los días¹³. El principal inconveniente de este tipo de alimentos es que no son una buena fuente de energía. Por lo tanto, las alimentaciones que se encuentran basadas en este tipo de alimentos no suelen prologarse. Ej.: de frutas y verduras: semillas, raíces, tallo, hojas, frutas, tubérculos, cormos, bulbos, inflorescencias, rizomas.
3. Lácteos: Son la principal fuente de calcio, sumamente importante para la salud y el buen funcionamiento del sistema óseo. A su vez, aportan vitamina D y potasio. El consumo en exceso de lácteos genera sobre ingesta calórica y hasta puede llegar a generar diabetes Ej.: de lácteos: leche y sus derivados como yogures y quesos.
4. Carnes y derivados: Son la principal fuente de proteínas, vitamina B, hierro y cinc. Muchas dietas (mayoritariamente las vegetarianas) eliminan las carnes de su menú. Esto es peligroso ya que la carne contiene todos los aminoácidos necesarios para que el organismo pueda desarrollar todas sus funciones y mantener los músculos. Los suplementos vegetales no llegan a suplir enteramente la demanda del organismo. De todos modos, no hay que excederse con este tipo de alimentos ya que contiene purinas¹⁴ lo cual puede generar problemas en la salud como cálculos renales y otro tipo de patologías. Ej.: de carnes: carnes de cualquier tipo como vacuna, pescado o de cerdo, huevos, legumbres y cereales.

¹³ En un gráfico a continuación mostraremos en qué consiste una porción de estos alimentos.

¹⁴ “Cuando su cuerpo digiere purinas, produce un producto de desecho llamado ácido úrico. Una acumulación de cristales de ácido úrico en las articulaciones puede causar ciertos problemas de salud. Los principales problemas de salud son los cálculos renales y un tipo de artritis conocida como la gota” (Asociación Americana de Médicos – disponible en línea: es.familydoctor.org/dieta-con-bajo-contenido-de-purinas/)

5. Sustancias grasas: Es un mito que hay que evitar a toda costa el consumo de grasas. Los ácidos grasos poliinsaturados¹⁵ como el EPA y el DHA son sustancias muy importantes para la regulación del flujo de la sangre. Además, resultan ser antiinflamatorios y anticancerígenos. De todas maneras, es importante que su consumo debe ser extremadamente moderado y se debe limitar al máximo la ingesta de grasas saturadas, grasas trans, colesterol, azúcares agregados, sal y alcohol. Cualquiera de estas sustancias en exceso aumenta los niveles de colesterol. Ej. de sustancias grasas: los lípidos en general como la manteca, los aceites, los frutos secos, entre otros.

Como vimos, la clave para tener una alimentación saludable es tener una alimentación muy variada. No obstante, los alimentos enumerados deben ser consumidos en diferentes proporciones. Es por eso por lo que compartimos un gráfico presentado en las publicaciones del departamento de agricultura de EEUU (traducido):



¹⁵ Se encuentran principalmente en el aceite de alazor, girasol, maíz, semilla de algodón, soya y algunos pescados.

¿QUE CONSTITUYE UNA PORCION?

Los Grupos de Alimentos

Pan, Cereal, Arroz y Pasta		
1 rebanada de pan	1 onza de cereal listo-para-comer	1/2 taza de cereal, arroz o pasta (cocidos)

Verduras		
1 taza de verduras de hoja, crudas	1/2 taza de otras verduras cocidas o cortadas crudas	3/4 de taza de jugo de verduras

Fruta		
1 manzana, banana (guineo), naranja mediana	1/2 taza de fruta cortada, cocida o enlatada	3/4 de taza de jugo de fruta

Leche, Yogurt y Queso		
1 taza de leche o yogurt	1-1/2 onzas de queso natural	2 onzas de queso procesado

Carne, Aves, Pescado, Frijoles Secos, Huevos y Nueces		
2-3 onzas de carne, aves o pescado bajos en grasa (cocidos)	1/2 taza de frijoles (cocidos), 1 huevo o 2 cucharadas de mantequilla de cacahuete (mani) equivalen a 1 onza de carne	

(Fuente: Departamento de Agricultura de EEUU - en línea¹⁶).

El patrón alimentario típico argentino tiene un fuerte sesgo hacia proteínas animales y harinas. La producción claramente no cubre las necesidades según un criterio saludable. Si consideramos la producción para el mercado local el déficit es cercano a los 4 y 4,8 millones de toneladas en hortalizas y frutas respectivamente, esto representa una brecha negativa de -56% en hortalizas y -69% en frutas, granos y cereales. Por el contrario, el consumo de carne vacuna y pollo supera significativamente las cantidades recomendadas según la mayoría de las guías alimentarias excediendo en 105% el consumo recomendado (CEPEA – Britos et al; 2015). Si se pretende mejorar el hábito de consumo saludable es necesaria una estrategia que permita incrementar fuertemente la producción en aquellos tipos de alimento faltantes

¹⁶ https://www.cnpp.usda.gov/sites/default/files/archived_projects/FGPPamphletSpanish.pdf

Diagnóstico de la obesidad y sobrepeso a nivel global

Entre fines de la década de los 80' y principios de los 90' una gran cantidad de países en vías de desarrollo dispusieron de grandes esfuerzos para paliar situaciones de hambre y desnutrición severa, lo que comúnmente se llamó en la literatura “el retorno del Estado-bienestar” (Boix y Postner, 2000; Ofte; 1990). Los motivos son diversos y se pueden atribuir varios mecanismos causales a partir de los cuáles se impulsaron estas políticas. Pero más allá de los motivos, podemos asegurar que varios Estados impulsaron políticas para paliar las situaciones de vulnerabilidad en el acceso a los alimentos. Es así que a partir de políticas asistenciales (como comedores sociales, centros de salud gratuitos, etc.) y políticas de transferencia condicionada (transferencias directas de dinero bajo ciertas condiciones impuestas, entrega de bolsones de alimentos, etc.), se pudo reducir considerablemente la situación de desnutrición crónica en sectores postergados. De acuerdo con publicaciones realizadas por el Banco Mundial junto con la OMS y UNICEF la desnutrición crónica infantil se viene reduciendo considerablemente y en forma sostenida con el paso del tiempo (Fuente: Banco Mundial¹⁷). Específicamente, esta evolución se hizo más notoria en el mundo a partir de la década de los 90'. Observemos esto a partir del estudio de Onis, Blössner y Borghi (2010):

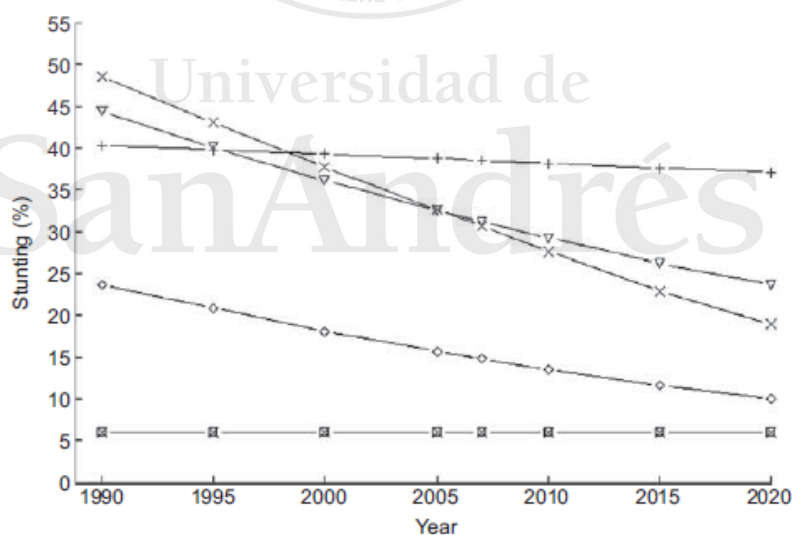
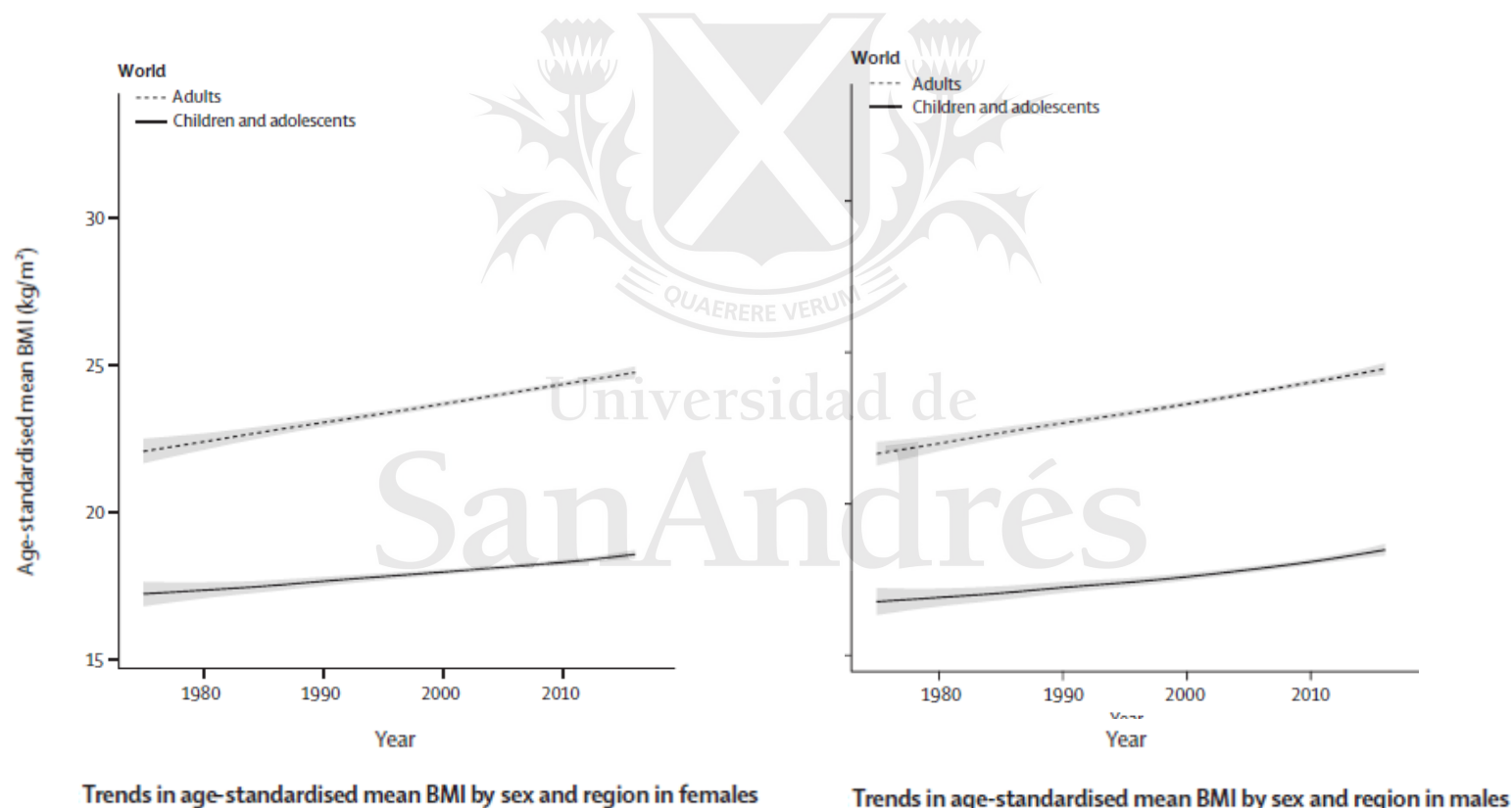


Fig. 1 Stunting trends from 1990 to 2020 by UN region (+ - + - +, Africa; x - x - x, Asia; diamond - diamond - diamond, Latin America & the Caribbean; inverted triangle - inverted triangle - inverted triangle, developing countries; square - square - square, developed countries)

(Ver imagen A1 anexo para complementar función analizada)

Como se puede observar en la función, desde el 90' hasta las proyecciones de hoy en día la desnutrición en niños menores de 5 años va disminuyendo en la mayoría de las regiones del mundo. Con un énfasis mucho mayor en los países en vías de desarrollo (principalmente pertenecientes a Asia y Latinoamérica). Aunque el problema no está para nada resuelto, y menos aún, en regiones como África y el suroeste asiático (que no logran generar políticas efectivas para combatir esta problemática) no cabe ninguna duda que estos indicadores cambiaron de manera favorable en los últimos 30 años si miramos al mundo como un todo.

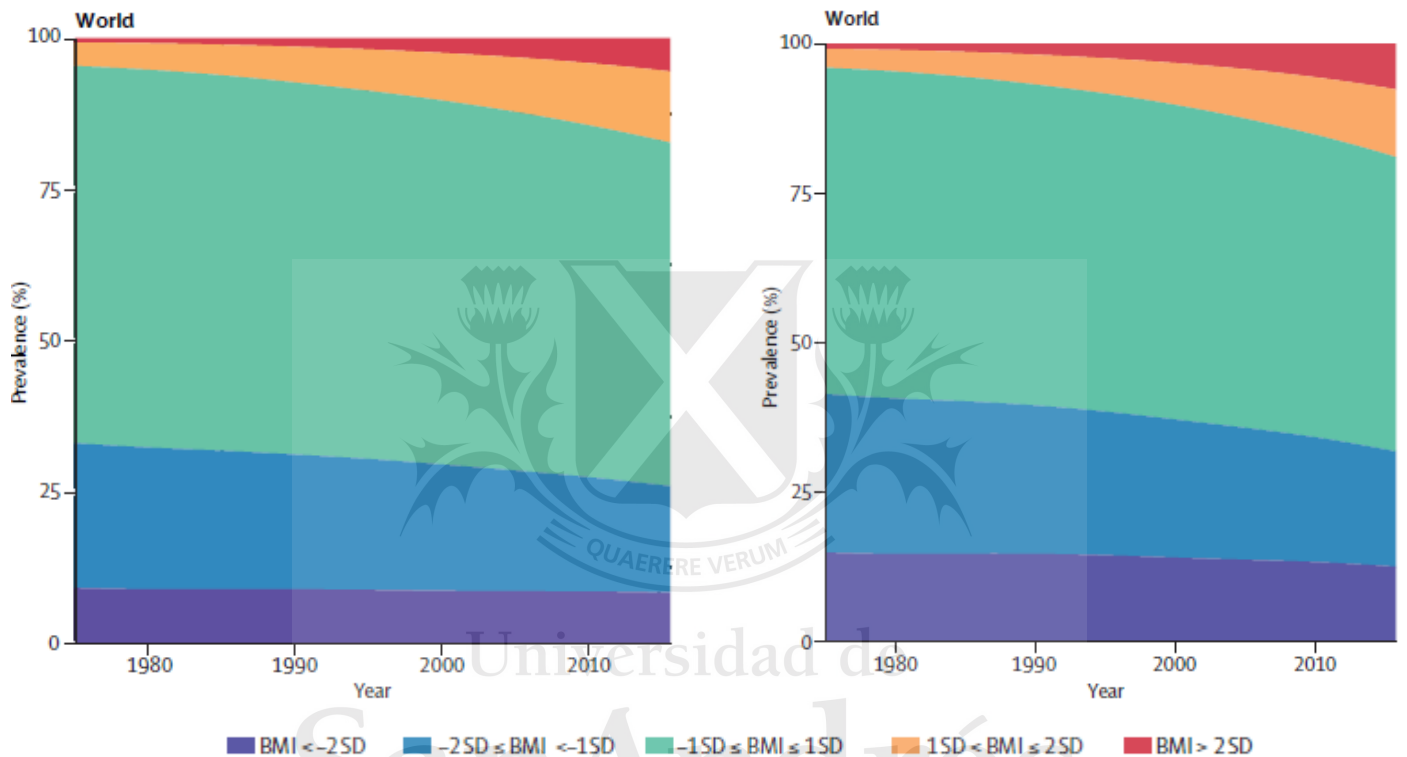
No obstante, sucedió una situación inversa con los niveles de sobrepeso y obesidad en estas últimas décadas. Como podemos apreciar a partir del *paper* Lancet (2017) esta problemática se está tornando cada vez más grande:



Como podemos observar en el los gráficos, cada se hace más grande el índice de masa corporal (o *body mass index* - BMI) de la población mundial (tanto de mujeres como de hombres). Y como explicamos en la sección de definición de conceptos, a pesar de que no exista una medida exacta para considerar que una persona tiene sobrepeso o es obesa (ya que esta puede variar entre distintas personas) generalmente se suele atribuir un índice

mayor a 25 como alguien con sobrepeso, y un índice mayor a 30 como alguien con obesidad.

Ahora bien, muchos podrían decir que un aumento del índice de masa corporal a nivel mundial es atribuible a una reducción de la desnutrición crónica en continentes como África y Asia. Pero como veremos a continuación esto no es exactamente así:

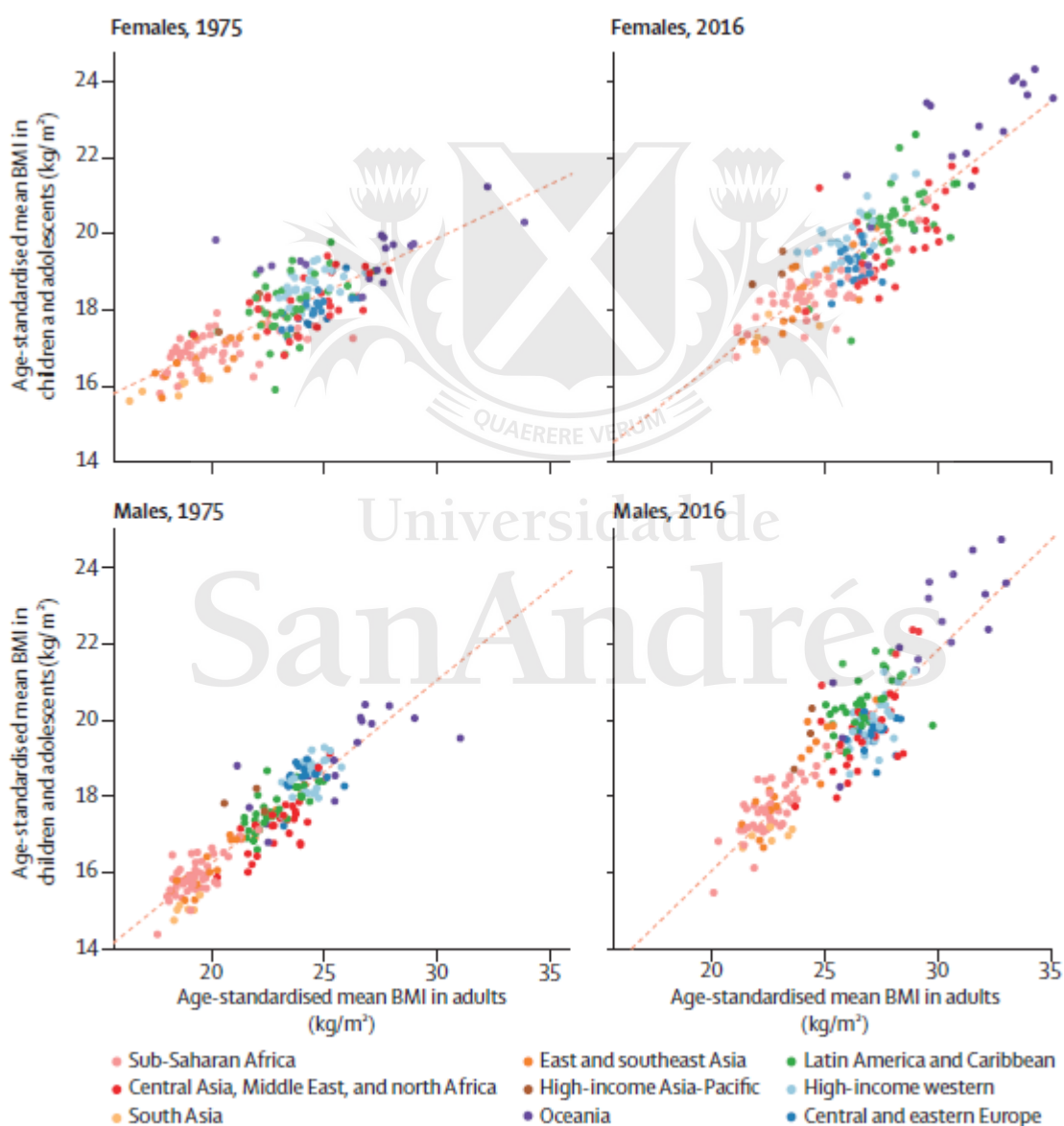


Trends in age-standardised prevalence of BMI categories in female children and adolescents by region

Trends in age-standardised prevalence of BMI categories in male children and adolescents by region

Los gráficos mostrados analizan el desvío estándar en el índice de masa corporal de la población mundial. Mayores desvíos estándar se traducen en que un mayor porcentaje se desvía mucho de la media de la regresión. En particular, el color rojo del gráfico, por ejemplo, indica que un porcentaje de la población tiene más de 2 desvíos estándar de la media de la población mundial. Estos gráficos nos ayudan a ver que no solamente aumentó el índice de masa corporal durante las últimas décadas, sino también que aumentaron las medidas de desvíos estándar. En otras palabras, las medidas atípicas son un indicador de que cada vez más personas tienen índices anormales que devienen en enfermedades como la obesidad.

Lo que faltaría analizar es si este aumento de la obesidad está concentrado en un sector de la población mundial o si es una problemática generalizada. Podríamos pensar que con que esta problemática se haya dado únicamente en un país como China o India (dada su alta densidad poblacional), esto podría haber generado el aumento en el índice de masa corporal de la población mundial. Por lo tanto, estaríamos cometiendo una falacia ecológica si extendemos el problema analizado a todos los países del mundo en general. El siguiente gráfico (Lancet; 2017) nos va a ayudar apreciar esta duda:



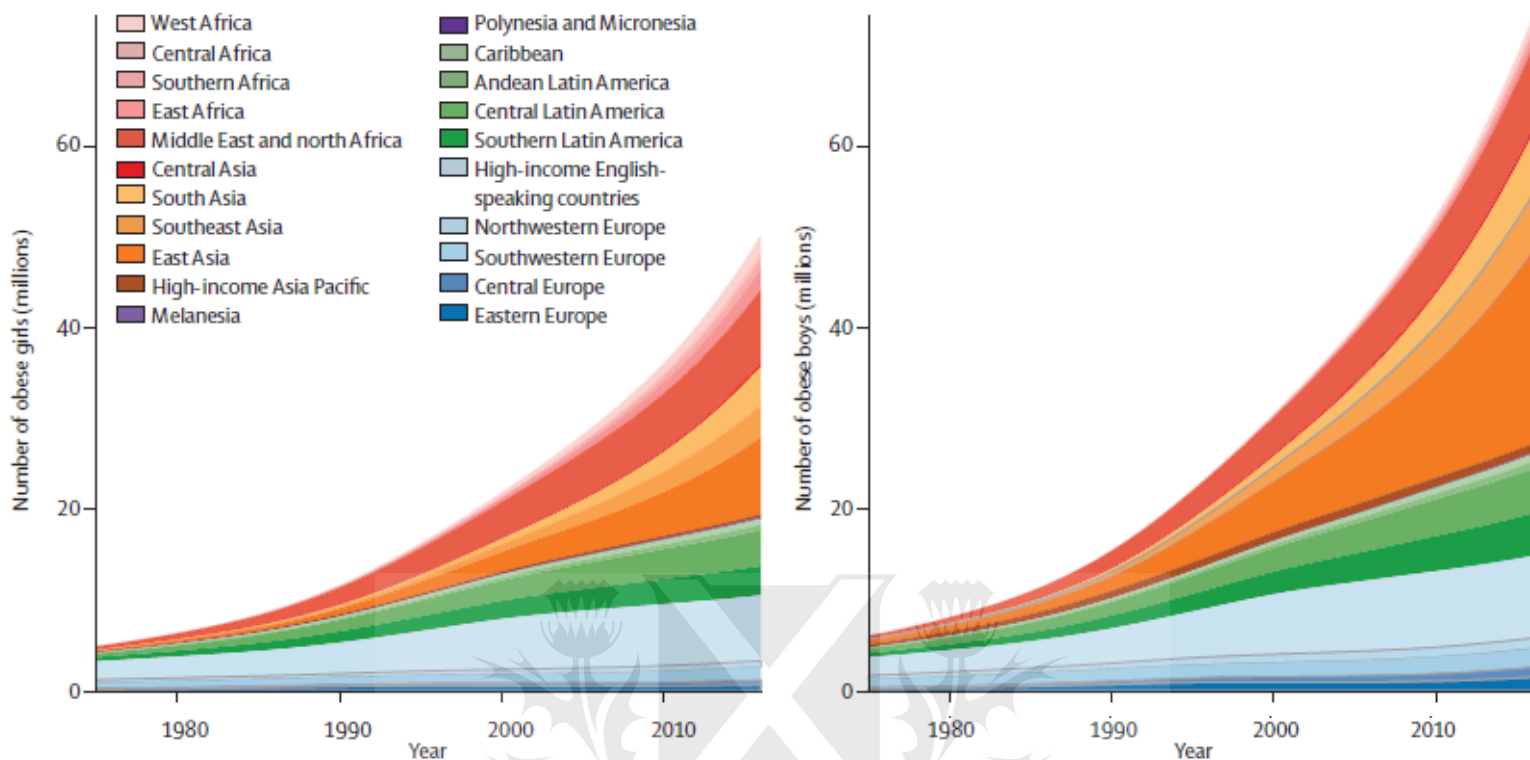
Como podemos apreciar, cada punto en el gráfico representa un país distinto. Ahora sí se despeja la duda, más allá de la foto que capta el total de la población mundial, todos los

países aumentaron índice de masa corporal de su población (IMC) de manera muy pronunciada en los últimos 40 años. Tanto en los hombres como en las mujeres de todos los países se nota significativo aumento de los niveles de IMC. Y lo que resulta aún más preocupante, esta tendencia sigue en aumento con una marcada pendiente positiva.

Como explica Lancet (2017) exactamente el número de niñas con obesidad pasó de 5 millones en 1975 a 50 millones en 2016 y el número de niños con obesidad pasó de 6 millones en 1975 a 74 millones en 2016. Algunos podrían decir que este incremento se debe a que realmente existió un incremento poblacional en las últimas décadas, por lo tanto, al señalar los números generales estaríamos sobreestimando el porcentaje de aumento. Esto es cierto, pero según los cálculos de la regresión un 73% de este aumento es atribuible a un incremento en el número de niños con obesidad, 3% al crecimiento poblacional, y el 24% restante a la interacción entre estas dos variables. Por lo tanto, es cierto que existe un efecto dado el incremento poblacional, pero este es mínimo. Es indiscutible que el porcentaje de niños que padecen obesidad está aumentando de manera trepidante.

Lancet (2017) realiza otro gráfico que nos ayuda a ver cuáles son las regiones donde se concentra la mayor cantidad de jóvenes con obesidad. Contrario a lo que uno esperaría estas son en el este asiático y el centro y norte africano:

Universidad de
San Andrés



La primera impresión que uno tiene al ver esto es asombro, ya que automáticamente concebimos a la obesidad como una problemática de los países de ingresos medios y altos. Pero contrario a lo que esperaríamos, la obesidad se da más a menudo en contextos de vulnerabilidad, donde la escasez de alimentos genera más desórdenes alimenticios. Los países de menores ingresos tienen entonces más cantidad de casos de niños con desnutrición aguda, pero también, más cantidad de casos de niños con obesidad. Que la obesidad es un problema de “ricos” es una falacia que persiste en la opinión pública.

Con respecto al aumento de la obesidad en la población adulta, el número de mujeres con obesidad pasó de 69 millones en 1975 a 390 millones en 2016 y el número de hombres con obesidad pasó de 31 millones en 1975 a 281 millones en 2016 (Lancet; 2017). Aunque todavía la cifra de personas con obesidad no llega a superar la cifra de personas con desnutrición crónica en el mundo, si la tendencia actual se mantiene se espera que esto suceda aproximadamente en 2022.

A primera impresión llama la atención que las regiones con mayores niveles de obesidad sean las más pobres y, en consecuencia, las que más cantidad de niños con desnutrición crónica tengan. Existe una creencia generalizada errónea que atribuye mayores niveles de

obesidad a mayores ingresos económicos. Pero como bien explica Adam Drewnoski y Specter (2004), la pobreza deviene en trastornos alimenticios que hacen mucho más probable la obesidad. En contextos de vulnerabilidad, la escasez de alimentos genera más desórdenes alimenticios. Y la obesidad no suele estar asociada a la ingesta de mucha cantidad de alimentos, sino más bien, a una mala alimentación continua en exceso de azúcares y carbohidratos¹⁸. No es coincidencia, que la mayoría de las comidas más económicas sean este tipo de alimentos.

Como pudimos ver, la situación de la obesidad en el contexto mundial se está tornando un problema cada vez más grave, al grado de llegar a ser definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una pandemia. A continuación, procederemos a analizar la realidad argentina, pero no queda ninguna duda que los Estados tienen grandes desafíos por delante para generar políticas públicas que resulten efectivas para combatir esta incipiente problemática.



¹⁸ Históricamente se asoció la obesidad al consumo de grasas. No obstante, estudios más recientes demuestran que la obesidad se encuentra mucho más fuertemente asociada a un exceso en la ingesta de hidratos de carbono. Según muestra Drewnowski y Specter (2004), el porcentaje de energía obtenido de las grasas disminuyó de 38% a 34% entre 1976 y 1991, sin embargo, los niveles de obesidad fueron aumentando más (como mostramos anteriormente).

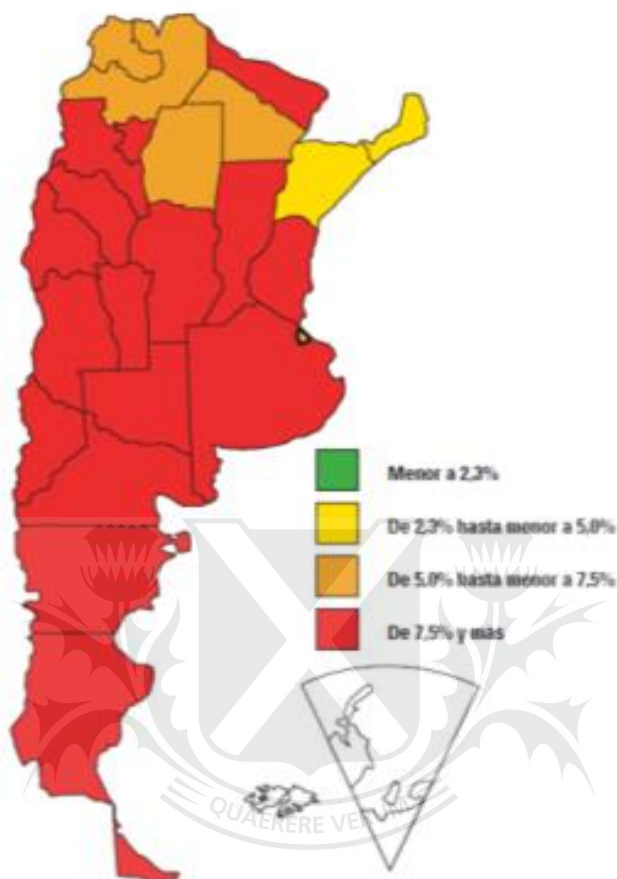
Diagnóstico de la obesidad y el sobrepeso en Argentina

Es inevitable remarcar que es llamativa la poca importancia generalizada que se le está dando a la obesidad y el sobrepeso en materia de políticas públicas en América Latina, y particularmente, en Argentina. Uno tendería a pensar que los Estados deben augurar por la salud de su población para que esta pueda desarrollarse plenamente. En consecuencia, esto ameritaría el desarrollo de políticas públicas para paliar la situación de crecientes trastornos alimenticios como la obesidad. No obstante, aún si el fin que persiguen los Estados fuese otro, sería conveniente el desarrollo de políticas públicas para mitigar esta problemática ya que le generan altos costos económicos al mismo.

Según Withrow y Alter (2011), los costos que una persona con obesidad le genera al sistema de salud estatal son, en promedio ceteris paribus, un 30% mayores que una persona con peso regular. Para introducir un ejemplo internacional, según *Boston Health Public Commission* los costos de salud por obesidad en los Estados Unidos se acercan a los \$147 mil millones al año. Con ese dinero, se le podría comprar a cada ciudadano estadounidense un iPad.

Como podemos ver, este descuido en preocuparse por generar políticas públicas eficaces en la materia representa enormes gastos para el Estado nacional. El sobrepeso y la obesidad, junto con el sedentarismo y el tabaquismo (mejor conocidas como “Enfermedades no transmisibles”) representan en Argentina un 67% del total de las enfermedades entre los adultos de 35 a 69 años (Borrueal, 2010). Sin embargo, lo verdaderamente preocupante es que hay una tendencia creciente de obesidad y sobrepeso no sólo en adultos, sino que también en niños y niñas:

Mapa 7. Prevalencia de obesidad en niñas y niños de > 5 años (en porcentajes).
Por provincias. 2005.



Universidad de

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2007). En línea:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000259cnt-a10-alimentos-consumidos-en-argentina.pdf>

San Andrés

Argentina exhibe la segunda tasa más alta de obesidad en la población infantil de América Latina: 10,4% (FAO y OPS, 2017). La población adulta conserva una tendencia similar, según estimaciones de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) En América Latina el sobrepeso junto con la obesidad afecta a más de la mitad de su población adulta (57,6%). Estas estadísticas generan mucha preocupación si consideramos el impacto real que esto tiene sobre la salud y la calidad de vida de la población. Uno podría caer en la tentación de asumir que los más afectados son adultos responsables que deberían poder elegir su estilo de vida, no obstante, los altos costos estatales que esta situación implica no deberían dejar de ser observados. Partiendo desde un punto de vista meramente economicista, sería fuertemente recomendable generar políticas públicas orientadas a disminuir esta problemática, o de lo contrario, la inacción se terminaría pagando mucho más caro en un futuro.

Obviamente sin quitarle su importancia al problema de desnutrición general, podemos ver cómo a pesar de tener una mayor resonancia mediática la obesidad pasó a ser un problema mucho más frecuente que el bajo peso en todas las provincias de nuestro país:

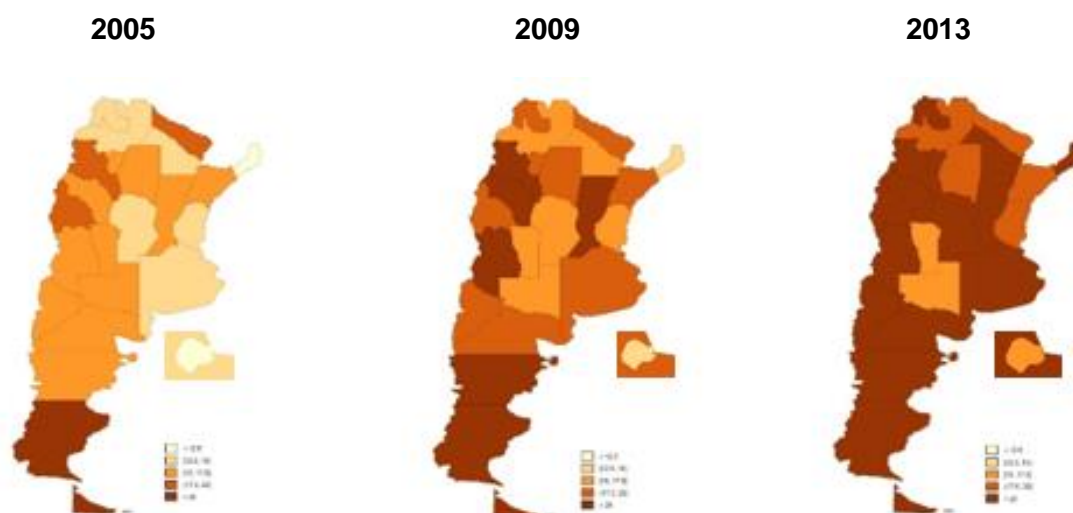
Prevalencia de bajo peso y obesidad en niños y niñas menores de 5 años en Argentina

Jurisdicción	Bajo peso	Obesidad
Corrientes	4,4%	4,7%
Misiones	3,6%	4,9%
Chaco	1,9%	5,1%
Salta	1,8%	5,1%
Jujuy	1,8%	5,4%
Sgo. del Estero	2,0%	6,9%
Córdoba	2,5%	7,7%
Río Negro	1,1%	8,2%
Mendoza	2,3%	8,7%
Neuquén	1,4%	8,9%
Tucumán	3,6%	9,0%
Formosa	2,5%	9,2%
La Pampa	8,0%	9,2%
CABA	2,4%	9,6%
T. del Fuego	1,6%	10,9%
San Luis	2,3%	11,0%
San Juan	2,2%	11,0%
Buenos Aires	2,2%	11,3%
Catamarca	1,2%	11,6%
Santa Cruz	2,1%	11,7%
Chubut	1,7%	11,8%
La Rioja	1,3%	11,9%
Entre Ríos	2,5%	12,3%
Santa Fe	2,1%	13,3%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la ENNYS publicados en Ministerio de Salud de la Nación (2007).

Es más alarmante aún como en los últimos años se fue agravando esta problemática a lo largo de todo el territorio. Con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2015¹⁹) podemos ver la evolución de la obesidad y sobrepeso en la población adulta en 2005, 2009 y 2013:

¹⁹ Esta fue la última encuesta de factores de riesgo presentada, por lo tanto, todos los datos que utilizamos son de esta encuesta. No hay información más reciente.



Fuente: Pedro Kremer y Sofía Oliviaga sobre la base de Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005, 2009 y 2013²⁰.

Ahora, veamos los datos por región:

REGION	Sobrepeso y Obesidad (%)		
Año	2005	2009	2013
Caba y GBA	48,3%	52,7%	57,5%
Pampeana	49,0%	53,2%	57,5%
NOA	50,4%	55,6%	59,8%
NEA	47,6%	52,9%	57,3%
Cuyo	51,5%	55,4%	57,4%
Patagonia	52,9%	56,4%	61,0%
Total	49,1%	53,5%	57,9%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005, 2009 y 2013.

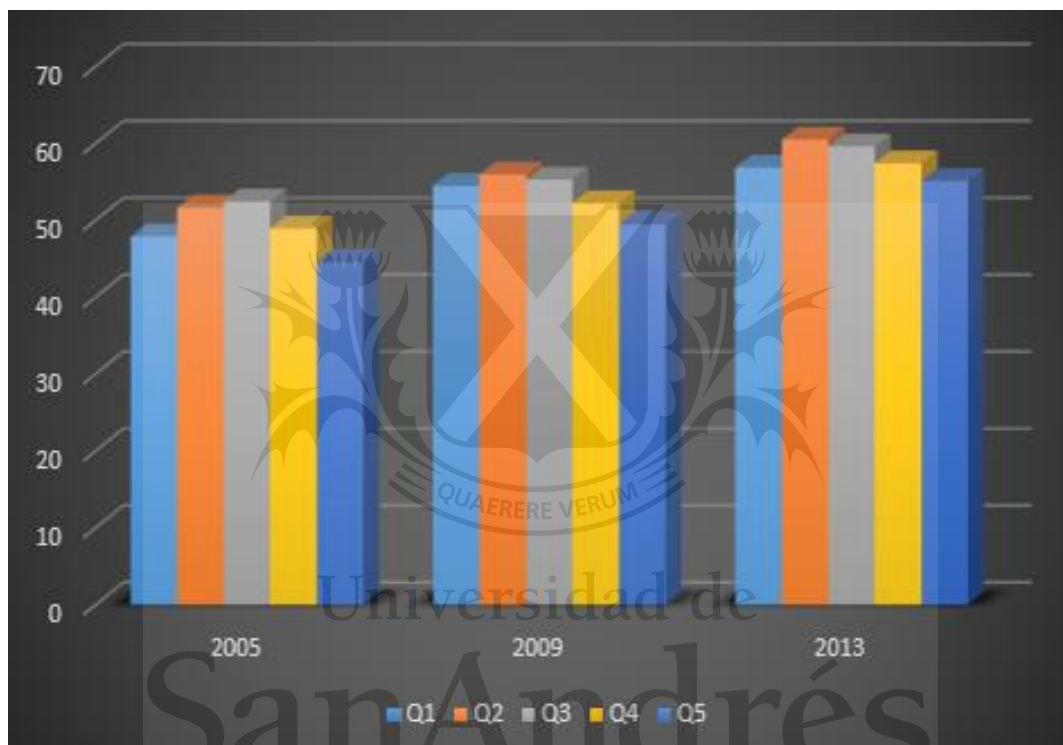
En tan sólo 8 años el porcentaje de población con obesidad o sobrepeso pasó de 49,1% a 57,9% del total de la población, estos datos son sumamente preocupantes ya que pasa a ser más normal tener sobrepeso u obesidad que tener un peso normal y saludable. Asumiendo que se mantuviese esta tendencia el porcentaje de población con sobrepeso u obesidad pasaría a ser del 67% en 2021²¹.

²⁰ Para ver estos mismos mapas aumentados ver anexo – A2.

²¹ Esto sería asumiendo que el porcentaje aumenta de manera lineal, lo cual no sería lo más esperable. En realidad, uno esperaría una función cóncava. De todas maneras, no tenemos la información necesaria para determinar esto.

Un prejuicio muy común que se da con respecto a la obesidad y el sobrepeso es que usualmente se la cataloga como un “problema de ricos”. Esto hace alusión a que solo aquellas personas de recursos excedentes pueden padecer estos problemas. Esto es estrictamente erróneo, los datos publicados por el *Health Observatory* de la OMS demuestran la siguiente distribución de obesidad y sobrepeso según los quintiles de ingreso de la población:

Distribución de la obesidad y sobrepeso en mayores de edad (+18 años) según quintiles de ingreso en Argentina (2005, 2009 y 2013)²²



Fuente: Elaboración de Pedro Kremer y Sofía Oliviaga (2018) sobre la base de datos publicados por OMS en *Global Health Observatory* (En línea). Fecha: 10 de junio de 2017.

Como se puede observar, se mantiene la tendencia muy similar a la de distribución normal. Los quintiles intermedios son los que poseen los mayores niveles de obesidad y sobrepeso mientras que aquellos a los extremos (tanto los más ricos como los más pobres) mantienen a lo largo de los años los niveles más bajos de estos problemas. De todas maneras, podemos apreciar que es una cuestión muy importante en todos los diferentes niveles de ingresos de la sociedad. Hasta en los niveles de ingreso más altos la obesidad representa un problema superior al 50% (por lo menos con el último dato de 2013). Podemos ver además cómo la cantidad de personas con estos padecimientos (más allá de los niveles de ingreso) se mantiene en crecimiento. Este gráfico nos ayuda a detectar si la obesidad y el

²² Detalle de información en A3 anexo.

sobrepeso se concentran en un sector particular de niveles de ingresos, si esto sucediese se podrían generar políticas con el foco puesto en este sector de la población. El gran problema es que más allá de la mayor preponderancia en el sector de ingresos medios, la obesidad y el sobrepeso representan un problema que viene creciendo de manera unísona entre todos los niveles de ingreso de la población. Cualquier política que se diseñe para combatir esto debería apuntar a todos los distintos sectores de la sociedad argentina.

Los datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar²³ (EMSE) muestran que en Argentina los adolescentes tienen hábitos alimenticios muy poco saludables. Esta encuesta que pone el foco en los adolescentes de 13 a 18 años muestra que la mayoría de los adolescentes no cumple con una dieta necesaria para llevar una vida saludable en lo que respecta a la alimentación. La OMS sugiere un consumo diario de 400gr en cualquier tipo de frutas o verduras (esto equivale a 5 porciones diarias), no obstante, un consumo diario de 160gr diarios (esto equivale a 2 porciones diarias) ya resulta un hábito saludable. El problema es que según los datos de la EMSE, en Argentina (2012) sólo el 38,8% consume la cantidad mínimo indispensable de frutas y verduras para llevar a cabo una dieta saludable. Sin mencionar que sólo el 17,6% de la población total consume la cantidad sugerida de 5 porciones diarias.

Con respecto a las bebidas azucaradas (como pueden ser las bebidas saborizadas o las gaseosas) las organizaciones mundiales de salud recomiendan directamente evitar el consumo de estas. El problema es que un 48,1% de los adolescentes argentinos reportan haber consumido al menos 2 veces al día algún tipo de bebida azucarada en los últimos 30 días. Este consumo se encuentra extremadamente alejado del recomendado por cualquier ente de salud. Según *Boston Public Health Commission*, el consumo de este tipo de bebidas conserva una relación directa y significativa con la propensión de padecer obesidad. Específicamente, cada bebida azucarada diaria aumenta el riesgo de obesidad en un 60%. También, aumenta el riesgo de desarrollar diabetes de tipo 2, enfermedades cardíacas y gota.

Como podemos observar, si se deja la población a su libre merced y no se genera ninguna política efectiva para combatir la obesidad muchos de estos adolescentes con hábitos

²³ La Encuesta Mundial de Salud Escolar fue desarrollada en el año 2001 por la OMS en colaboración con UNICEF, UNESCO y ONUSIDA, junto con el personal técnico de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). En la Argentina se realizaron dos ediciones (2007 y 2012), la primera con representatividad nacional, y la segunda con representatividad nacional y provincial. El cuestionario es autoadministrado y anónimo, y el trabajo de campo para la última edición, se realizó entre noviembre y diciembre de 2012.

alimenticios poco saludables van a agravar la situación de crisis nutricional actual. Desde cualquier punto de vista²⁴, es necesario generar soluciones aplicables para cortar la tendencia de obesidad y sobrepeso que se viene manteniendo en aumento, y en el mejor de los casos, revertirla.

En el siguiente apartado procederemos a analizar los antecedentes de políticas públicas para generar una mayor calidad nutricional en Argentina. Comprender lo realizado nos va a ayudar a ver qué falta por hacer y qué se debe potenciar para mejorar los niveles de salud y bienestar físico de toda la sociedad argentina.



²⁴ Ya sea desde un punto de vista moral, económico, o de cualquier tipo.

Antecedentes de políticas para promover una alimentación saludable en Argentina

En América Latina, existieron políticas orientadas a solucionar los problemas de desnutrición aguda (sobre todo a través de transferencias condicionadas indirectas - TCI²⁵) pero existen muy pocas políticas destinadas a promover una alimentación saludable. Estos intentos suelen venir de políticas aisladas sin la sistematicidad necesaria para generar soluciones estructurales.

Exploremos el caso particular de las principales **políticas para promover la seguridad alimentaria** en Argentina:

El informe de CEPEA (2015) *Aportes para una Política Nacional de Seguridad Alimentaria* nos ayuda a detectar la década de los 80' como punto de inflexión para dar inicio a este análisis, anteriormente no se detectan políticas sistemáticas concernientes a generar efectos sobre la seguridad alimentaria de la población argentina más allá de repartición y asistencia alimentaria de manera aislada. Específicamente en 1984 durante la presidencia de Alfonsín se sanciona la *ley 23056*²⁶ que conforma el Programa Alimentario Nacional (PAN). Este mismo era un sistema de distribución alimentaria a hogares en situación de pobreza. Fue muy importante ya que por primera vez la alimentación y seguridad alimentaria de los individuos pasó a ser una responsabilidad del Estado. Este mismo tenía la obligación de garantizar, en la medida de lo posible, toda la ayuda necesaria para que los sectores más carenciados no encuentren vulnerado uno de sus derechos más básicos como lo es el acceso de los alimentos. La distribución de alimentos consistía en la distribución de cajas con harina, leche en polvo, azúcar, aceite, fideos, arroz, carne, lentejas y porotos, y más adelante se incluyeron algunos medicamentos. Se estima que aproximadamente la cifra de cajas repartidas llegó a ser cercana a 1,4 millones. Y dado los datos del PBI de ese entonces se calcula que el presupuesto destinado a esta política fue cercano al 0,12% del total.

En esta década se amplía también el programa de comedores escolares que ya en ese entonces suministraba desayunos y comidas a diferentes escuelas de distintas provincias. A la par, surge como nuevo fenómeno social la aparición de comedores comunitarios a causa del deterioro socioeconómico que vivió la Argentina durante la última dictadura militar del

²⁵ Más adelante veremos las más relevantes de América Latina.

²⁶ Ley 23056: "Facultase al poder ejecutivo para la realización del programa alimentario nacional (P.A.N) destinado a enfrentar la crítica situación de deficiencia alimentaria".

76²⁷. Existían dos fondos presupuestarios nacionales, el POSOCO (Políticas Sociales Comunitarias) y PROSONU (Programa Social Nutricional). Estos eran los responsables de generar el financiamiento necesario para mantener, en el caso del POSOCO los comedores comunitarios, y en el caso del PROSONU los comedores escolares.

En la década del 90´ y luego de la crisis socioeconómica de fines de los 80´, los presupuestos nacionales destinados a asistencia alimentaria se descentralizaron a las provincias²⁸. En el nivel nacional por otra parte, la matriz de programas incorporó cuatro nuevos formatos: el Programa ProHuerta (en realidad iniciado en los 80´ pero consolidado en los ´90); el Programa Materno- Infantil y Nutrición (PROMIN); el Programa Alimentario Nutricional Infantil (PRANI) y el Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA).

El programa de ProHuerta²⁹, articulado por el Ministerio de Agricultura, fue y sigue siendo un programa de distribución de semillas y capacitación a hogares pobres (también a escuelas) para que puedan producir verduras y productos de granja para autoconsumo. Pero, además, genera alternativas de comercialización para que los productores se puedan integrar a un mercado de economía social y genera condiciones para que las familias puedan mejorar sus ingresos a través del autocultivo.

El Programa Materno- Infantil y Nutrición (PROMIN) inició en 1993 como respuesta a la situación crítica materno infantil, fue un programa con financiamiento del Banco Mundial que sumó recursos y contenidos al programa regular Materno- Infantil. En lo nutricional se sumaron módulos alimentarios - cajas- a la tradicional dación de leche a madres embarazadas y niños menores de 2 años. A su vez, proporcionó capacitación y marcos normativos más específicos en relación con la prevención y la atención de la desnutrición. Su principal objetivo era mejorar los indicadores de salud, nutrición y desarrollo de madres e hijos

²⁷ Existe debate académico que discute sobre cuándo comenzaron las responsabilidades de este deterioro de la matriz social, con el surgimiento de las villas miseria, y económico, con el decaimiento del poder adquisitivo del argentino promedio. Nuestro objetivo no es adentrarnos en este debate, pero es importante aclarar que apuntamos a la última dictadura militar porque existe un gran consenso que en este período se agravó la situación, y más allá del origen de las responsabilidades, en la década del 80´ después de la dictadura militar se hizo evidente el gran deterioro que había sufrido el país.

²⁸ En los 90´, y específicamente durante la presidencia de Menem se descentralizaron hacia las provincias no sólo la mayoría los servicios concernientes a la salud, sino que también, a la educación (Ugalde y Hómedes, 2008).

²⁹ <http://prohuerta.inta.gob.ar/>

El PROMIN (con sus orígenes en 1992 y 1993) también se encargó de construir, equipar y remodelar centros de desarrollo infantil (CDI), los mismos atendían las necesidades alimentarias y de desarrollo de niños entre 2 y 5 años de edad. Específicamente se crearon 75 centros de desarrollo infantil, 8 guardias de maternidad, y se rehabilitó un total de 195 centros infantiles. La lógica de los CDI fue la de ofrecer una cobertura de educación inicial (y alimentación) a los niños que habitaban núcleos urbanos marginales (publicaciones del Banco Mundial, la línea³⁰).

El Programa Nutricional Infantil o PRANI³¹ (1997) fue un programa orientado también al sector más vulnerable de los niños. El mismo buscaba fortalecer los programas existentes de asistencia alimentaria en los comedores escolares sobre todo focalizándose en el rango de edad entre los 2 años y los 5 años. De todas maneras, el rango de edad de todos sus beneficiarios iba desde los 2 años hasta los 14 años (nivel educativo de jardín y primaria). Este programa requería de una coordinación nacional, provincial y municipal. En algunos casos donde la población establecida era muy vulnerable otorgaba unidades de refuerzo para fortalecer la alimentación en los hogares. Su articulación buscaba fortalecer el programa ya establecido de PROMIN (Meceira, Bumbak y García; 2000)

El Programa de Apoyo Solidario a Mayores (ASOMA) tuvo sus inicios el 1993 como plan de complementariedad para el otro sector sumamente vulnerable además de los niños. El Ministerio de Salud y Acción Social a través de su secretaría de la tercera edad lanza este programa con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de aquellos sujetos mayores de 60 años en situación de vulnerabilidad. A través de entrevistas a potenciales beneficiarios (con una preselección a partir de los datos de INDEC) se encargaron de elegir a aquellos sujetos que iban a entrar en el programa. A estos beneficiarios se les otorgaba cajas de alimento con una regularidad mensual y se les proporcionaba un servicio de almuerzo en un comedor. Según las mediciones de 1996 del programa su cantidad de beneficiarios llegó a la cifra de 158 mil aproximadamente (CEPAL; 1997).

Estos programas se fueron consolidando con aportes presupuestarios de difusos y con poca coordinación entre sí. En la mayoría de los casos se dio a partir de una coordinación mixta entre nación, provincias, municipios, actores privados y financiación externa. El impacto específico de cada una resulta bastante difícil de medir debido a la carencia de

³⁰ Fuente Banco Mundial, publicaciones online:
<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/882981475072644856/Argentina-Maternal-Child-Hlth-Nutrition-PROMIN>

³¹ Se adjunta el link del primer manual para promocionar la política pública por si resulta de interés para alguien: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL000442.pdf>

evaluaciones de impacto sobre las mismas o a que en algunos casos (como sucedió con ASOMA) se utilizaron métodos que hoy en día se catalogaría como de dudosa rigurosidad académica. Además, muchas veces su cobertura se veía excedida debido a los altos niveles de demanda en situación de crisis. Es por esto que los programas muchas veces debían intentar beneficiar a más población que la que tenían como objetivo en un principio. Esto dificulta también la sistematización para generar conclusiones precisas sobre el impacto de cada política. Sin embargo, se fue consolidando en Argentina una matriz de programas e intervenciones (CEPEA; 2015).

Las cuatro experiencias se extendieron durante toda la década de los 90' pero a partir de la crisis socioeconómica del 2001 decrecieron su cobertura y calidad de prestaciones. Iniciados los 2000, y particularmente, entre 2001 y 2003 los intentos del Estado nacional por resolver cuestiones de seguridad alimentaria fueron extremadamente desordenados, ineficientes, y el nivel demanda era tal que el Estado se vio colapsado. Sin la capacidad de instrumentar políticas sistemáticas más allá de esfuerzos y gastos aislados en esta materia. Recién en 2003 surge el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) a través de la ley 25.724³². El objetivo era promover la salud alimentaria en aquellos sectores con mayor vulnerabilidad social (niños y niñas, mujeres embarazadas, mayores de edad). Este plan permitía más que nada volver a generar financiamiento para los programas destinados a generar más seguridad alimentaria luego de la crisis político-económica de 2001. La articulación de este plan se daba a través de una Comisión Nacional centralizada en coexistencia con comisiones jurisdiccionales (Gilardón; 2016). Otra vez, la definición de roles se hacía muy difusa cuestión muy criticada por expertos en nutrición que se refieren a este plan de manera muy negativa y advierten que sus efectos fueron muy débiles, sobre todo considerando las demandas sociales. Tampoco hay evaluaciones de impacto concernientes a este plan, nunca su diseño supuso una evaluación de impacto necesaria (no se definieron grupos de control).

Dentro del PNSA se generó un sistema de tarjetas alimentarias con una red de comercios adheridos donde se le daba a los beneficiarios un presupuesto mensual que rondaba entre los \$100 y los \$150 (aproximadamente entre 30 USD y 50 USD mensuales en 2003). No obstante, nunca tuvo la cobertura y dimensión pretendida. A pesar de sus críticas, el Plan

³² "Creación del citado programa destinado a cubrir los requisitos nutricionales de niños hasta los 14 años, embarazadas, discapacitados y ancianos desde los 70 años en situación de pobreza. Autoridad de aplicación. Coordinación. Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación. Comisiones Provinciales y Municipales y/o comunales. Funciones Ejecución. Fondo de Nutrición y Alimentación Escolar".

Nacional de Seguridad Alimentaria se sigue encontrando vigente con una capacidad de entrega de 1,8 millones de módulos alimentarios en 2015 (CEPEA; 2015).

El PNSA también se aplicó en varias provincias argentinas. Las diferencias de aplicación de las mismas son notorias, esto se debió principalmente a que en algunas provincias ya existían planes de asistencia alimentaria previos al PNSA, pero con este nuevo plan sus fondos pasaron a estar regulados por el mismo. A continuación, mostraremos un relevamiento del departamento de Protección Social de CIPPEC donde se indagó en la aplicación de todos los programas provinciales inscriptos en el marco del PNSA:

Provincia	Línea de acción provinciales financiadas por el PNSA	Titulares
Buenos Aires	Plan Más Vida, Programa Servicio Alimentario Familiar y Programa Tarjeta Plus Alimentaria. En este trabajo se analiza el Plan Más Vida, por ser el programa de seguridad alimentaria más importante de la provincia, tanto por importancia presupuestaria como por alcance territorial	La siguiente población específica que se encuentra por debajo de la línea de la pobreza: embarazadas; madres en periodo de lactancia; niños a partir de los 6 meses de edad hasta su ingreso al primer año de EGB; voluntarias (manzaneras y comadres) que conforman la Red Comunitaria
Corrientes	Programa Sapucay	Familias con Necesidades Básicas Insatisfechas
Mendoza	Programa Tarjeta Ticket	Mujeres embarazadas, niños de 6 a 14 años, personas con discapacidad, ancianos mayores de 60 años sin cobertura social, jefes de hogar desocupados con informalidad o precariedad laboral
Misiones	Dos líneas del Programa Provincial de Recuperación Nutricional "Hambre Cero": el Programa de Fortalecimiento Alimentario Nutricional y el Programa de Asistencia Alimentaria Escolar	En el primer caso, los titulares son los niños/as y adolescentes menores de 18 años, personas con capacidades especiales, y adultos mayores de 60 años en situación de vulnerabilidad social. En el segundo caso, son los niños y niñas de hasta 14 años que asisten a los establecimientos escolares que brindan la prestación
Neuquén	Tarjeta Crecer	Grupos familiares compuestos por adultos mayores de 60 años y/o con miembros menores de 14 años, discapacitados y embarazadas
Río Negro	El Hambre Más Urgente	No define explícitamente, por lo que se asume que se destina a los grupos poblacionales especificados a nivel nacional PNSA

Salta	Tarjeta Social y los módulos alimentarios del Nutri-Vida, Pancita, TBC, Bolsones Celiacos, Bolsones de Emergencia y Pan Casero	Los titulares de Tarjeta Social son las familias con jefes de hogar desocupados e hijos menores de 18 años, personas de la tercera edad, sin cobertura social ni jubilación o pensión o con algún integrante con discapacidad que se encuentre en trámite de gestión de la pensión. El Kit Nutri-Vida alcanza a niños y niñas de 6 meses a 6 años de edad; el Pancita a mujeres embarazadas de bajos recursos; el TBC a enfermos de tuberculosis; los Bolsones Celiacos a personas de bajos recursos con esa afección y el Pan Casero a madres que producen pan para autoconsumo o venta. Los Bolsones de Emergencia son ayudas coyunturales y de alcance variable
San Luis	Copa de Leche y refuerzo alimentario a comedores escolares	Ambos programas están dirigidos a niñas/os y adolescentes que asisten a establecimientos escolares y/o comedores comunitarios
Santa Fe	Tarjeta Única de Ciudadanía y Tarjeta Institucional	En el primer caso, los titulares son los hogares en situación de pobreza (definida por ingreso) con hijos menores de 14 años de edad o que cuenten entre sus miembros a personas mayores de 70 años que no cuente con jubilación o pensión, mujeres embarazadas y/o discapacitados. En el segundo, los fondos entregados se destinan a Comedores Comunitarios, Copas de Leche y personas físicas que representen a movimientos sociales de las ciudades de Santa Fe y Rosario
Santiago del Estero	Dos líneas del Abordaje Federal: Tarjeta Social y apoyo a comedores escolares	No define explícitamente, por lo que se asume que se destina a los grupos poblacionales especificados a nivel nacional PNSA. Además, brinda apoyo a comedores escolares

Fuente: CIPPEC - "La implementación nacional del plan de seguridad alimentaria en ámbitos subnacionales"; 2012).

Como podemos observar la aplicación del Programa Nacional de Seguridad Alimentaria se dio de forma amplia, pero de manera poco sistemática y difusa. No hay un criterio unívoco mediante el cual todos los distintos programas coexistan, tampoco lineamientos de complementariedad entre sí ni ayuda recíproca o evaluaciones para extender un programa provincial a otras provincias. La poca visibilidad de los efectos de todos estos planes es lo que genera las mayores dificultades para comprender el impacto de cada uno.

Por estos motivos, vemos la incipiente necesidad de generar un sistema de información integrado que permita comparar resultados de las distintas políticas públicas y generar registros entre las provincias. Además, sería sumamente conveniente el desarrollo de herramientas de monitoreo y evaluación de los programas a partir del mismo ente regulador y/o evaluador. A partir de esto, se pueden unificar criterios para analizar el alcance de cada uno de los planes desarrollados en las provincias.

Programas de transferencias condicionadas indirectas: El caso de PROSPERA en México, Bolsa de Familia en Brasil, SNAP en Estados Unidos y la AUH en Argentina, SNAP en Estados Unidos.

A pesar de no tener un carácter alimentario, es muy importante analizar a fondo los programas de transferencias condicionadas (PTC) ya que estos programas fueron los principales encargados de mejorar la situación alimentaria de los países que las implementaron. Sirvieron más que muchas políticas específicas destinadas a solucionar esta problemática.

México - PROSPERA

Este programa es uno de los pioneros de transferencias condicionadas (PTC). A pesar de sus diferentes nombres (Solidaridad, 1988; Progresas, 2002; Oportunidades, 2007; Prospera, 2014) siempre mantuvo la misma línea y el mismo objetivo. Este es sacar a las familias de la extrema pobreza y brindarles un ingreso mensual variable dependiendo de la composición y perfil de los beneficiarios. Se encuentra disponible para familias de todo el país, incluyendo a aquellas situadas en áreas rurales. Es un programa nacional con alcance a 6.1 millones de familias, sumando un total de 25 millones de registros. (Garcette; 2011)

Como explica el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)³³, PROSPERA articula el programa de transferencia monetaria con otros programas complementarios de educación, salud, alimentación, créditos, y trabajo. Aquellos que son beneficiarios de este programa tienen por ejemplo beneficios de becas educativas, descuentos especiales en alimentos, centros de diagnóstico médico, acceso preferencial a empleos, suplementos alimentarios para bebés (como leche LICONSA), entre otras.

El aumento de las transferencias del programa está sujeto al Índice Nacional de Precios de la Canasta Básica del Banco de México. Aunque se estima, que en promedio una familia beneficiaria de PROSPERA recibe aproximadamente 40 USD mensuales en transferencias monetarias directas. Para ser beneficiario de este programa las familias deben cumplir con condicionalidades vinculantes de asistencia escolar de menores, asistencia a centros de salud y centros de nutrición de manera regular. Se debe identificar a un titular del beneficio de PROSPERA que se hace responsable del cumplimiento de las condicionalidades del programa.

³³ <https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/S%C3%ADntesis-del-programa-Prospera-en-M%C3%A9xico.pdf>

Cada 8 años todas las familias deben hacer una recertificación para volver a corroborar su situación económica y examinar si efectivamente siguen necesitando los apoyos de PROSPERA. Existe un esquema diferenciado de apoyo (EDA) donde las familias pueden dejar de gozar de los beneficios de transferencias monetarias directas, pero aún pueden contar con los beneficios de los centros médicos y becas educativas.

Este programa fue sometido a rigurosos análisis y evaluaciones de impacto³⁴ donde se pudo apreciar el efecto reductor de la desnutrición que tuvo el programa. Según estudios del Instituto Nacional de Evaluación de México, el programa en su momento llamado PROGRESA disminuyó en un 18% la baja talla (desnutrición crónica) y en un 27% la anemia. A su vez, aquellos niños beneficiarios del programa fueron diagnosticados en promedio ceteris paribus con un 12% menos de enfermedades. En definitiva, aunque quedan muchos problemas por solucionar, fue una política eficaz a la hora de luchar por su objetivo.

Brasil - Bolsa Familia

Al igual que PROSPERA, Bolsa Familia tiene como objetivo combatir la extrema pobreza, aunque dadas sus características es más similar al programa PROSPERA de México. Al igual que este último, Bolsa Familia realiza transferencias directas de dinero. A través de un sistema de tarjetas electrónicas o de débito el gobierno federal transfiere directamente un monto de dinero estipulado (que se encuentra en el promedio de los 58 USD mensuales) a sus beneficiarios. Cada uno de los mismos puede retirar el dinero de los cajeros, y consecuentemente, es de libre utilización. (Garcette; 2011)

Como se muestra en los informes del BID³⁵, Los gobiernos municipales son los encargados de la ejecución del programa en cuanto a la selección de sus beneficiarios, la gestión de las condicionalidades y la fiscalización de su cumplimiento. De todas formas, los requerimientos indistintos en cualquier parte del país es que aquellos beneficiarios deben presentar la asistencia escolar de los menores y deben cumplir con los calendarios de vacunación. En 2003 el programa tenía un alcance de 16,5 millones de personas, diez años después con Dilma Rousseff como presidente el programa llegó a tener un alcance de 56 millones de personas (o 12 millones de

³⁴ http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/skoufias_resulta.pdf

³⁵ <https://webimages.iadb.org/publications/spanish/document/S%C3%ADntesis-del-programa-Bolsa-Familia-en-Brasil.pdf>

familias). Es el programa de transferencia monetaria directa más grande del mundo y cuenta con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM).

Uno de los principales logros de este programa es haber reducido significativamente la pobreza extrema, y consecuentemente, la mortalidad infantil producida por desnutrición o diarreas. Según un estudio publicado por Lancet, esta política logró reducir la mortalidad infantil en un 19,4% en menores de 5 años entre los años 2004 y 2009. Las mismas autoridades políticas admiten que sus efectos apuntan al corto plazo, pero no por ello son menos importantes.

Estados Unidos – Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

Es uno de los programas de asistencia alimentaria más grande del mundo. Con un asombroso número de 44.2 millones de beneficiarios en 2016, este programa le proporciona asistencia alimentaria a un 14% de la población estadounidense. Esta asistencia alimentaria está lógicamente dirigida a las personas de más bajos recursos de la sociedad. Básicamente, el principal objetivo del programa es prevenir el hambre a través del otorgamiento de una tarjeta de transferencia de beneficios. Las mismas son cargadas una vez por mes y les proporcionan a sus beneficiarios el acceso a alimentos de cualquier tipo. (Garcette; 2011)

Como se puede ver a partir de la página del departamento de agricultura de EEUU³⁶, el SNAP tiene un presupuesto de 84 millones de dólares anuales, y es administrado por el *Food and Nutrition Service (FNS)*. Por esto último, es considerado como un programa de referencia para guías alimentarias de EEUU. Cada Estado determina la aplicación del SNAP: sus medios de difusión, su cantidad de oficinas locales, sus mecanismos de supervisión, y en definitiva, los requisitos formales que deben cumplirse para poder aplicar al programa. Algunos Estados (Ej.: Nueva York y Kansas) descentralizan, a su vez, estas decisiones a nivel municipal. Es por esto por lo que el programa puede variar bastante en su aplicación a lo largo de todo el país. Hay de todas maneras, algunos requisitos formales que deben ser cumplidos de la misma manera en todos los Estados. Por ejemplo, el aplicante al programa debe contar solamente con 2000 USD de activos (sin incluir vivienda), debe ganar como máximo 25700 USD ingresos brutos anuales y 19800 de ingresos netos.

³⁶ <https://www.fns.usda.gov/es/snap/programa-de-snap>

Existen más de 250.000 comercios en EEUU donde se pueden utilizar los beneficios del SNAP. En promedio las personas adheridas reciben beneficios equivalentes a 125 USD al mes, y el promedio familiar ronda los 257 USD en el mismo lapso. Las tarjetas electrónicas no pueden ser usadas para comprar cigarrillos, bebidas alcohólicas, suplementos vitamínicos, cigarrillos, comidas preparadas u objetos del hogar. Excluyendo estos, todos los demás alimentos y bebidas pueden ser comprados con la tarjeta. Cuestión que ya adelantamos, genera bastante controversia.

Donde no se generan discusiones (por lo menos en el ámbito académico), es en asegurar que el SNAP tiene efectos positivos sobre la seguridad alimentaria de su población. Según Ratcliffey McKernan (2010), el programa reduce la inseguridad alimentaria en un 30%, y la seguridad alimentaria severa en un 20%. Por otro lado, Mark Nord (2011) encontró que la probabilidad de que un hogar siga teniendo inseguridad alimentaria luego de un año participando del programa baja en un 28%, y en un 45% si esa participación es de dos años. Mabli (2013) encontró que la participación del SNAP en por lo menos 6 meses reduce la inseguridad alimentaria es más de un 30%. Como dijimos anteriormente, a pesar de que los números que pueden variar, el diagnóstico académico coincide en los efectos positivos del SNAP sobre la inseguridad alimentaria. Pero ... ¿qué hay de la obesidad?

Aquí es donde se suscita controversia. El SNAP reduce de manera ciertamente eficaz la inseguridad alimentaria, pero no sucede lo mismo con el sobrepeso y la obesidad. El programa es libre en cuanto a los alimentos que uno puede consumir, y muchas veces, los alimentos más económicos o más sabrosos no son aquellos con la mejor capacidad nutricional. Es por esto que el programa presentó falencias en este sentido. Los adherentes al programa suelen comprar alimentos de baja calidad nutricional y alta densidad calórica. Un estudio de Clínica Mayo (2014) demostró que los beneficiarios del SNAP suelen tener peor nutrición y calidad de dieta que aquellos de similares condiciones socioeconómicas que no son beneficiarios. Es por esto que, de cierta forma, el SNAP está contribuyendo a la prevalencia de la malnutrición, el sobrepeso y la obesidad en los EEUU. Este aspecto se hizo aún más evidente en el plano político cuando Estados como el de Nueva York solicitaron la incorporación de restricciones al programa para promover hábitos de alimentación más saludables. Cuestión que todavía no ha sido permitida y se mantiene en debate.

Por estas cuestiones, es muy importante tener recaudos con la implementación de programas de transferencia monetaria de tal envergadura. Si se suma una transferencia de ingreso en sectores vulnerables con falta de educación en cuestiones nutricionales el efecto puede ser la profundización

de hábitos insalubres en la sociedad. Obviamente lo primordial es que todas las personas tengan acceso a los alimentos, y esto es lo que intentan generar estos programas. Pero una vez cumplido este objetivo, es sumamente importante que se pueda direccionar este dinero destinado a alimentos (principalmente) a un tipo de alimentación más saludable.

Argentina - Asignación Universal por Hijo (AUH)

Específicamente en Argentina desde 2009 se mantiene el programa de “Asignación Universal por Hijo” (AUH), el programa más abarcativo jamás implementado en el país con un total aproximado cercano a 3.5 millones de beneficiarios. El objetivo de este es principalmente la reducción de la pobreza extrema. Este programa se dirigió principalmente a familias con niños menores de 18 años en situación de pobreza y sin el respaldo tradicional del sistema de asignaciones familiares³⁷.

El programa otorga una suma de dinero mensual a las familias inscritas por cada hijo que tengan (hasta llegado el límite de 5 hijos). Específicamente los montos que paga con los datos de la última actualización de 2018 son:

ASIGNACIÓN	GENERAL			ZONA 1		
	Total	80%	20%	Total	80%	20%
Embarazo	1.816	1.452,80	363,20	2.361	1.888,80	472,20
Hijo	1.816	1.452,80	363,20	2.361	1.888,80	472,20
Hijo con Discapacidad	5.919	4.735,20	1.183,80	7.695	6.156	1.539
Ayuda Escolar Anual	1.521	-	-	1.521	-	-

Fuente: <https://www.anses.gob.ar/tramite/libreta-de-asignacion-universal>

Aclaración: La zona 1 comprende a aquellas personas que residen en las provincias de La Pampa, Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y el Partido de Patagones, provincia de Buenos Aires.

Mensualmente se cobra el 80% de la AUH, y el 20% restante se guarda en un pozo de fin de año que sólo es otorgado en caso de que la familia presente la libreta de asignación universal. Esta se

³⁷ Este era orientado a hijos de trabajadores desocupados o informales que percibían un salario más bajo que el sueldo mínimo vital y móvil.

compone de 4 partes: datos personales del adulto responsable y del niño, declaración jurada que constata la situación laboral del adulto que cobra la asignación, controles de salud y vacunación del menor, libreta de asistencia al colegio.

Para gozar de la AUH el titular responsable debe cumplir alguno de estos requisitos:

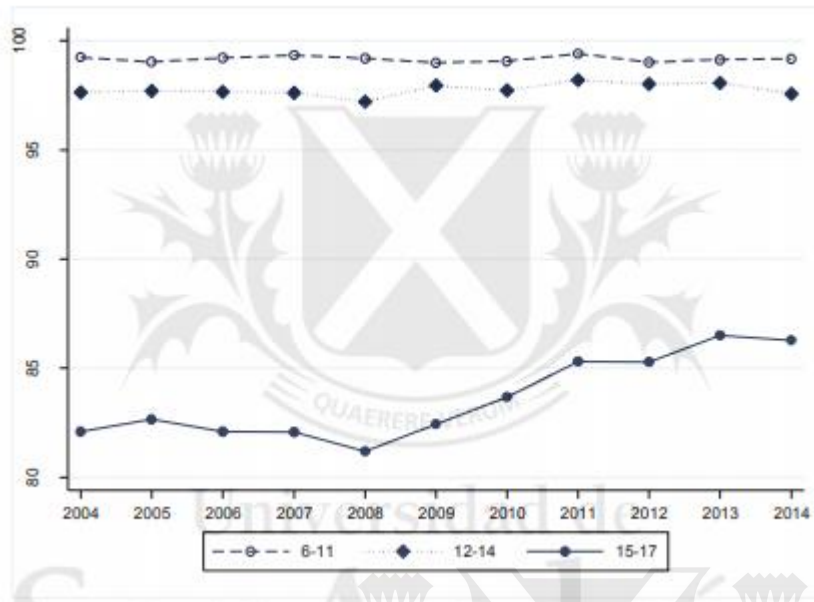
- Encontrarse desocupado y no gozar de ninguna prestación contributiva a nivel nacional o provincial (otros subsidios, planes o pensiones)
- Ser un trabajador no registrado y que perciba un sueldo menor al salario mínimo, vital y móvil.
- Ser trabajador inscripto en el régimen de monotributistas sociales
- Ser trabajador incorporado en el régimen especial de seguridad social para empleados de servicio doméstico.
- Ser trabajadores de temporada.
- Encontrarse privado de la libertad y con la condición procesal firme. Esto incluye a aquellos internos dentro de un penitenciario.

Además, tanto el titular como el menor beneficiario deben ser residentes del país (nativos o naturalizados con residencia mínima de 3 años), tener documentos de identidad al día y figurar en las bases de personas de ANSES³⁸.

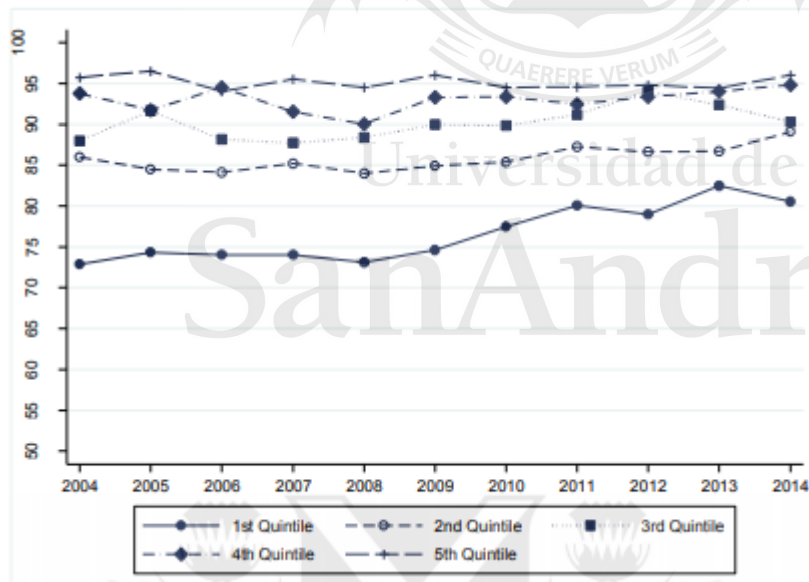
Ahora bien, más allá de las cuestiones burocráticas que comprenden el programa es muy importante entender los beneficios que este programa genera en la población. En un plazo relativamente corto de tiempo desde que fue implementado el programa logró generar una reducción de la pobreza, la indigencia y la desigualdad social (Gasparini y Cruces, 2010; Maurizio y Perrot, 2011). Especialmente en la región del norte argentino se ve la mayor reducción de los indicadores de pobreza, mientras que la indigencia se redujo entre un 55% y un 70% desde la implementación de este programa, esto lleva a los valores mínimos históricos desde 1974. A su vez, por primera vez un programa ofrece una protección monetaria directa sobre la indigencia para los sectores más vulnerables de la población, como lo son los niños, las madres solteras, y las familias numerosas (Agis, Cañete y Panigo; 2010). El programa también generó mejoras significativas en la asistencia de jóvenes a la escuela, sobre todo en el nivel de educación secundario (Edo y Escudero; 2015). La autora nos muestra que en el 2009 existe un punto de inflexión con respecto a la tendencia anterior:

³⁸ Si por algún motivo no se encuentran registrados deben hacer los trámites pertinentes.

Asistencia escolar (en porcentajes totales)



Asistencia escolar (según quintiles de ingreso)



Como podemos ver a partir del análisis de María Edo (2015), no sólo mejora la asistencia escolar en términos totales luego de la aplicación de la AUH. Sino que además, mejora de manera más significativa la asistencia escolar de los quintiles más bajos de la población (estos son los sectores más vulnerables). En el gráfico se puede apreciar una mejora aproximada de 10% en el 1er quintil luego de la aplicación de la AUH en el 2009.

También es importante aclarar que cuestiones no resuelve la AUH. Múltiples trabajos (Garganta y Gasparini, 2012; Maurizio y Vázquez, 2014; Martínez Correa y Trajtenberg, 2016) muestran que esta transferencia condicionada no resuelve cuestiones concernientes a la formalidad. Y hasta podría generar el efecto contrario, esto sería generar desincentivos a generar empleo formal. La extensión de beneficios a aquellos empleados del mercado informal aumenta el beneficio relativo de ser un empleado informal, y por lo tanto, en el margen de un salario similar donde el empleado tenga incidencia sobre el pasaje a la formalidad o no, su opción dominante (desde un punto de vista meramente económico) sería mantenerse en la informalidad. Esto le generaría mayor beneficio económico (Levy, 2008; Cruces y Gasparini, 2010). Por lo tanto, este tipo de transferencias condicionadas indirectas debería ir de la mano de políticas públicas masivas para promover el empleo formal, tal y como se empezó a ver en *Argentina Trabaja*. Todavía restan estudios que muestren si la interacción entre la AUH y Argentina Trabaja generó mayor inserción en el mercado laboral formal que la situación anterior.

Tampoco resuelve las cuestiones concernientes a disminuir la pobreza estructural. Nada garantiza que, si el día de mañana este subsidio se quitara, estas mismas personas beneficiarias no volverían a recaer en una situación igual a la anterior. Maurizio y Perrot (2011) señalan esto, ya que este programa no viene acompañado de otro que ayude a la formación y capacitación de las personas. Actualmente no existe en Argentina un programa de tal envergadura como la AUH para resolver los determinantes de la pobreza estructural. Hay intentos de urbanización en villas, y programas de capacitación para el trabajo pero ninguno con una cifra ni siquiera cercana a la de la AUH.

Con respecto a la situación nutricional, no existen estudios sobre los efectos específicos de la AUH con respecto a la nutrición de los individuos. En términos de acceso a los alimentos, las evaluaciones de impacto que miran específicamente los efectos de la AUH sobre la pobreza y la indigencia (Maurizio y Perrot, 2011 y Agis, Cañete y Panigo, 2010) detectan que efectivamente la AUH sacó a personas de la indigencia y mejoró las situaciones de pobreza. En términos de alimentos, había personas indigentes que anteriormente no tenían los ingresos necesarios para tener una ingesta de alimentos diaria que luego de esta política pública sí lo pudieron hacer. Como vimos anteriormente en el presente trabajo, el primer paso indispensable para tener una alimentación saludable es tener la cantidad de alimentos diarios necesarios, luego se puede poner el foco en los alimentos que comprenden esta alimentación. Pero que la AUH haya sacado a personas de una situación de indigencia ya es suficiente motivo para demostrar que tuvo efectos positivos sobre la alimentación de los individuos. Sobre todo, considerando el primer aspecto fundamental, el acceso a los

alimentos. No obstante, la AUH no viene acompañada de ninguna política que incentive una alimentación más saludable, y como vimos en el apartado anterior, hoy en día no existe en Argentina una política sistemática que promueva una alimentación más saludable, ni siquiera en el sector más vulnerable de los niños. Por este motivo, es necesario en este contexto de incremento de insalubres hábitos alimenticios generar políticas públicas que puedan revertir la tendencia de creciente obesidad y sobrepeso.



Propuestas de política pública

Pudimos analizar de manera general todas las principales políticas destinadas a resolver cuestiones concernientes a la inseguridad alimentaria. El principal inconveniente es que todas estas políticas a pesar de sus diferencias particulares tienen una gran característica común, su objetivo es garantizar una “alimentación básica” pero no una “alimentación saludable”. Hasta el momento prácticamente no se detectan esfuerzos por generar mejores hábitos alimenticios más allá de garantizar que todas las personas tengan acceso a la alimentación calórica diaria necesaria. Por este motivo, vemos la inminente necesidad de generar políticas que complementen las acciones existentes de tener una ingesta calórica necesaria con políticas que orienten esa ingesta calórica hacia los micronutrientes necesarios para llevar adelante una vida saludable.

A continuación, vamos a proponer la mejora de 2 grandes políticas públicas existentes. Decidimos esto más que nada porque conocemos la dificultad que involucra el despliegue de una política pública desde 0 y porque hay buenas políticas públicas existentes que con los ajustes necesarios podrían generar enormes mejoras en los indicadores nutricionales de la población argentina. Lo más importante en cualquier propuesta de política pública es su aplicabilidad, por lo tanto, mejorar políticas públicas existentes que ya tienen una dinámica funcionando y un despliegue territorial realizado nos parece hasta incluso más importantes que generar nuevas propuestas sin pasos previos realizados.

Mejora de eficiencia y extensión de “Comedor saludable”

Para empezar, es importante remarcar el esfuerzo que se está haciendo en el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por comenzar con una implementación de política pública que va en consonancia con la necesidad de generar hábitos alimenticios más saludables. A pesar de varios intentos fallidos de proyectos que no se lograron implementar ya sea por caer en sesiones de diputados y senadores³⁹ o por su falta de reglamentación⁴⁰ se logró llevar adelante la ley 3704⁴¹ de

³⁹ Un ejemplo emblemático en la materia fue el proyecto de ley de 2014 para establecer la comercialización de alimentos saludables en los comedores escolares que nunca fue tratado en el Senado.

⁴⁰ Uno muy significativo fue la sanción de la ley 26.396 para combatir los trastornos de conducta alimentaria en las escuelas a través del desarrollo de estándares alimentarios en los comedores escolares. Específicamente este decía: “Declarase de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus

“Alimentación Saludable”. Esta ley tiene como principal objetivo promover las prácticas alimenticias recomendadas por nutricionistas en la población escolar a partir de la inclusión de “kioscos saludables” que cumplan con la inclusión de un menú específico, que debe contar con al menos 5 de los siguientes productos⁴²:



Fuente: Folleto de divulgación pública del gobierno de CABA.

patologías derivadas, y las medidas tendientes a evitar su propagación”. El problema fue que a pesar de su sanción hoy en día esta ley sigue sin estar reglamentado, y por lo tanto, su aprobación no genera ningún efecto palpable.

⁴¹ Ley 3704 (Art. 1): “La presente Ley tiene por objeto promover la alimentación saludable variada y segura de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar a través de políticas de promoción y prevención”. - Para ver todos los artículos y reglamentación específica visitar https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/documento_ley.pdf?fbclid=IwAR1-Em-RJHPhI5Mn619SrJIZ10kleUBinCpi59u9AbmEIdEp7ZRi5FkQmeY

⁴² La selección de estos productos se hizo a través de las recomendaciones nutricionales realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) teniendo en cuenta también la disponibilidad alimentaria en el mercado local.

Es importante establecer que existen distintos tipos de kioscos escolares. La diferencia específica que se establece en el cuadernillo de la ley⁴³ es:

- Kiosco básico: Sólo puede tener alimentos y bebidas en envase industrial. No puede contener alimentos que requieran la conservación de temperaturas específicas (ya sea de frío o calor). En estos mismos se debe incluir uno de los 5 productos mostrados con anterioridad⁴⁴
- Kiosco buffet: Puede tener alimentos perecederos que requieran una temperatura específica para su conservación. Pero, no se puede elaborar ni puede existir manipulación de alimentos en este tipo de establecimientos. Además de los productos básicos que debería incluir se deben ofrecer yogures de cualquier tipo, postres lácteos, frutas frescas, ensalada de frutas (o vegetales), sándwiches de pan blanco o integral que contengan queso y vegetales, leche y jugos exprimidos al natural.
- Kiosco cantina: Están autorizados para manipular alimentos ya sea en la preparación o en la fracción de estos. Lógicamente, también pueden vender productos de las categorías anteriores. Sus controles deben ser más rigurosos y este es el principal foco de los controles por parte de las auditorías. Deben incluir en su menú pizetas, tartas, empanadas y tortilla todas de vegetales, además se deben ofrecer licuados de fruta y un menú del día a base de vegetales.

Como podemos ver, la reglamentación en los que respecta a cada una de las 3 categorías es bastante específica y establece que todos los productos de “consumo saludable” (que vendrían a ser todos aquellos que enumeramos) deben ser los que sean más visibles y accesibles para los niños.

Es sumamente importante que la población objetivo de esta política pública sean los menores de 18 años en edad escolar ya que como mencionamos a lo largo del trabajo esta es una de las poblaciones más vulnerables a los hábitos alimenticios dañinos. Por este motivo, creemos que delinear algunas mejoras en lo que concierne a su implementación va a servir para que esta política pública sirva como modelo para extender a otros municipios del país. Y más que nada, para que sea la impulsora de una serie de políticas públicas que no se preocupe solo porque todos los ciudadanos tengan alimento suficiente, sino que además, puedan gozar de una alimentación saludable

⁴³ Se puede ver en el siguiente link: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/cuadernillo-ley-baja_0.pdf

⁴⁴ Alfajores a base de arroz, barritas de cereal, galletas con cereales integrales, agua o jugos naturales, frutas disecadas cerradas al vacío, maíz inflado o cereales de las mismas características.

El principal problema de esta ley es que no es de carácter obligatorio la implementación de los “kioscos saludables”. Se dispone de la buena fe de cada uno de los establecimientos escolares para desarrollar este tipo de kioscos que contengan la oferta mencionada. Es por esto por lo que sólo 127 de los 734 establecimientos escolares públicos cuentan con el servicio de los “kioscos saludables”⁴⁵. Esto representa una sólo un 17,3% del total de los establecimientos educativos públicos, una notable minoría. Dentro de estos la distribución es: 17 kioscos básicos, 35 buffets y 75 cantinas.

Es lógico que se haya procurado no establecer la instalación de los “kioscos saludables” de forma obligatoria ya que muchos establecimientos escolares no cuentan con la infraestructura ni el capital necesario para el establecimiento de estos. Además, es lógico también que los comerciantes de los kioscos se presenten como un actor que resista este cambio. En parte porque si se instalan un nuevo “kiosco saludable” va a ser un nuevo competidor, que lógicamente va a absorber parte de su demanda, y por otro lado, porque si decidiese transformarse en un “kiosco saludable” pasaría a tener que estar más regulado, vender los productos establecidos, y posiblemente bajar su margen de ganancias. Por todos estos motivos, entendemos que no se haya querido forzar un conflicto hacia dentro de los establecimientos escolares con la nueva reglamentación, sobre todo por la dificultad de regulación que requiere la misma. Más allá de que un kiosco no cumpla con los tipos de alimento solicitados por la normativa existe poco carácter legal para forzarlo a cambiar su oferta alimentaria.

El principal problema es que va a llegar un momento donde si se quiere generar un cambio profundo en la alimentación escolar, se va a tener que obligar a los establecimientos escolares a cumplir con esta normativa. Entendemos que como primera medida es preferible la instalación de los kioscos saludables de manera no obligatoria, pero en una segunda instancia si se quiere extender esta oferta de manera significativa se deben destinar los recursos necesarios de monitoreo para poder generar el *enforcement* necesario en todos los establecimientos escolares y que se haga de manera obligatoria.

Para poder evaluar si esta política pública tiene efectos significativos en la mejora de hábitos alimenticios de los jóvenes, y más específicamente en la reducción del sobrepeso y la obesidad, se debería generar un modelo de evaluación de impacto de *time series* para captar cómo fue la mejora de los indicadores a lo largo del tiempo desde que esta política se está implementando (que se empezó a extender de manera más amplia los últimos años). Para hacer esto el gobierno de CABA debería realizar una selección aleatoria dentro de las 734 escuelas que se encuentran en la ciudad

⁴⁵ Este dato proviene del relevamiento de la Dirección General de Servicios a Escuelas.

delimitando un grupo de tratamiento (que genere comedor saludable diferenciando por sus 3 distintos subtipos) y un grupo de control (que no tenga comedor saludable). Esto implicaría ir un paso atrás de lo que ya se realizó porque no se puede elegir el grupo tratamiento entre las 127 instituciones que ya disponen de comedores escolares y el grupo control de las restantes 607 instituciones que no cuentan con estos comedores. Esto se debe principalmente a que se podría argumentar que los colegios que se auto seleccionan para tener comedores escolares pueden tener características distintas de aquellos colegios que decidieron no implementar esta medida. Una vez realizada la selección aleatoria de instituciones que formarán parte del grupo de control y tratamiento, el gobierno de la ciudad debería ayudar con la financiación de aquellas que sean seleccionadas para tener “kiosco saludable” y aún no dispongan de uno y negociar con aquellas seleccionadas en el grupo de tratamiento que ya cuenten con uno de estos comercios para que lo quiten durante el período de evaluación⁴⁶. Finalmente, se deberían establecer los indicadores necesarios a ser tenidos en cuenta para analizar la mejora en los indicadores nutricionales de los niños, y sin duda, captar si disminuyó el porcentaje marginal de población con sobrepeso y obesidad en aquellas instituciones que tengan “kioscos saludables” con respecto a aquellas que no lo tengan⁴⁷.

Una vez realizada la evaluación se podrá analizar qué aspectos habría que mejorar para la mejora de eficiencia de la misma y definir específicamente el impacto de esta política pública, que muy posiblemente sea significativo. Después de todo, la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) en Argentina⁴⁸ demuestra los pésimos hábitos alimenticios de los niños en edad escolar en su mayoría respaldados por la oferta poco saludable de los comedores escolares. En caso de que la evaluación de impacto sea un éxito se debería pasar a la instancia más difícil que llevaría más años de negociación que sería generar el apoyo necesario para que la ley 3704 tenga carácter obligatorio. Además, se debería promover la extensión de esta política pública a otras jurisdicciones del país y analizar con mayor conocimiento de causa cómo sería conveniente la financiación de este proyecto. Entendemos que la mejora de esta política pública junto con datos empíricos que la respalden va a ayudar a que se genere un mayor entendimiento de la importancia del problema que representa tanto el sobrepeso como la obesidad.

⁴⁶ Somos conscientes de la dificultad de esto, e implicaría bastante presupuesto pero es lo necesario para realizar una evaluación de impacto rigurosa, de lo contrario los resultados se pueden encontrar sesgados. Por esto siempre es tan importante generar leyes e impulsar la implementación de políticas públicas de manera razonada para que pueda existir un modelo de evaluación previamente a que se haga cualquier tipo de inversión.

⁴⁷ Diseño realizado bajo la supervisión de Martín Rozada - Director de maestría de Economía Aplicada y Econometría de la Universidad Torcuato Di Tella

⁴⁸ Cuyos resultados mostramos en apartado sobre el diagnóstico de la situación nutricional del país.

Potenciación nutricional de la Asignación Universal por Hijo

Gran parte de la importancia que se le brindó en este trabajo al análisis de la Asignación Universal por Hijo (AUH) se debió a esta propuesta de política pública. Como conocemos, las rigurosas evaluaciones de impacto de la AUH generaron que se creara una validación de esta política pública más allá del gobierno de turno, pasó a ser reconocida como una política de Estado. Esto resulta muy importante, ya que introducir alguna mejora en la misma puede generar efectos de largo plazo que perpetúen en el tiempo. Cuestión que no resulta menor hoy en día. Además, la AUH ya tiene una cobertura aproximada de 3,5 millones de personas y una dinámica de implementación sumamente eficiente si la comparamos con la mayoría de las políticas públicas implementadas en nuestro país. Por lo tanto, cualquier aditivo que le puede hacer en la misma generaría un efecto mucho mayor que cualquier política pública diseñada desde 0.

Una vez comprendido lo anterior procederemos a explicar nuestra propuesta para potenciar esta política pública. La AUH otorga las transferencias de dinero a través de tarjetas de débito que le permiten retirar a sus usuarios el dinero a través de la red de cajeros habilitados o directamente usarla como instrumento electrónico de pago en cualquier local. Hacer esto último genera una reducción en el IVA cercano al 4%.

La reducción automática en el IVA cuando se efectúan pagos con la tarjeta sirve perfectamente como un antecedente para la extensión de un plan destinado a mejorar la calidad nutricional de los cerca de 3,5 millones beneficiarios. Existen formas que utilizan los bancos de que las tarjetas detecten automáticamente el tipo de producto que se está comprando por cómo se encuentra catalogado en el código de los locales. De esta manera muchas tarjetas de crédito y débito efectúan descuentos automáticos en compras de todo tipo. Conociendo que esto es viable, proponemos que se diseñe un sistema de aplicación similar donde se puedan generar descuentos significativos en las órdenes de compra de aquellos productos que los argentinos usualmente tienen déficit de micronutrientes (Ej.: frutas y verduras, lácteos, legumbres, cereales, entre otros). De este modo, se estaría generando en todos los beneficiarios de la AUH un subsidio dirigido hacia la alimentación saludable. Se generarían grandes incentivos económicos a tener un consumo de alimentos mucho más sano, y lógicamente, esto debería tener un correlato en la disminución de la obesidad y el sobrepeso.

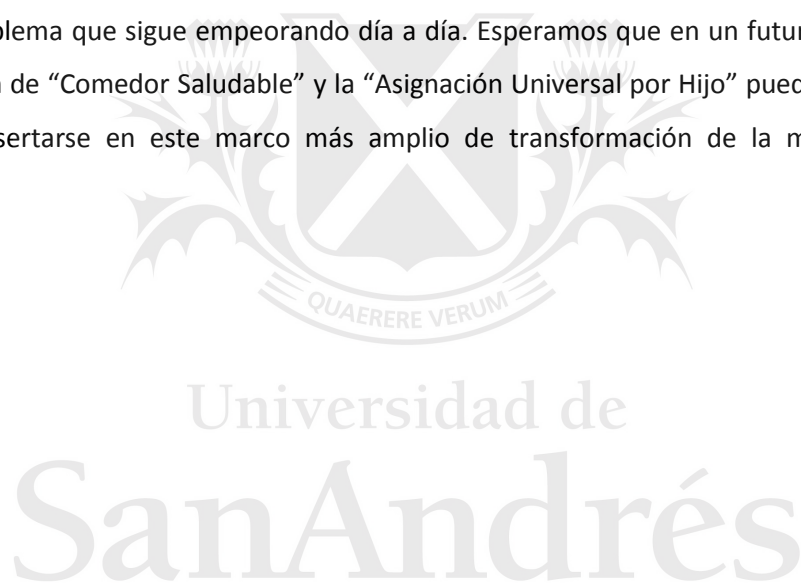
De todas maneras, creemos que sería conveniente la implementación a partir de una prueba piloto delimitando un grupo de control (que mantendría la situación actual de la tarjeta de débito) y un grupo de tratamiento (que recibiría la información y la aplicación de sus descuentos en su tarjeta de débito). De este modo, se podría analizar si la aplicación del subsidio hacia una alimentación saludable efectivamente tiene el efecto deseado y no se genera ninguna digresión no percibida a partir de este análisis.

Como mencionamos anteriormente en este trabajo, entendemos que un subsidio adicional en la AUH implicaría aún mayores costos que los actuales, y en consecuencia, mucha crítica concerniente a que hay que disminuir los altos niveles de gasto público. Hacia esta crítica se puede argumentar que más allá de mejorar la salud de la población, este subsidio en realidad implicaría un ahorro enorme en gastos futuros. Como mostramos al principio de la tesis, una alimentación poco saludable lleva a trastornos alimenticios como la obesidad y el sobrepeso que aumentan cuantiosamente las probabilidades de padecer enfermedades de tipo cardíacas, o diabetes tipo 2, u otros trastornos en la salud como lo puede ser la gota. Como mencionamos anteriormente según estudios como el de Withrow y Alter (2011), los costos que una persona con obesidad le genera al sistema de salud estatal son, en promedio *ceteris paribus*, un 30% mayores que una persona con peso regular. Esto representa enormes costos para el Estado si consideramos el creciente porcentaje de población que está padeciendo sobrepeso u obesidad (según los datos de la OMS en 2017 aproximadamente el 60% de la población tiene alguno de estos padecimientos). En consecuencia, generar este subsidio generaría un beneficio económico mucho mayor a futuro.

Estamos convencidos que generar esta extensión en el alcance de la AUH para promover hábitos de alimentación más saludables generaría una mejora sumamente significativa en los indicadores de salud de sus beneficiarios (que coincide con el porcentaje de población más vulnerable a padecer inseguridad alimentaria, y otros trastornos alimenticios). El mayor efecto se vería claramente en las áreas urbanas donde la mayoría de los comercios se encuentran registrados de manera formal y disponen de los instrumentos necesarios para aceptar pagos con tarjeta de débito.

Conclusiones

Más allá de nuestras propuestas específicas impulsadas por programas ya existentes creemos que la situación de crisis nutricional amerita el desarrollo de un plan integral para promover hábitos más saludables en la población. El mismo debería introducir en un paquete de varias políticas públicas un plan unísono para mejorar los indicadores actuales. Nuestras propuestas apuntan a mejorar los indicadores para algunos sectores específicos de la sociedad. No obstante, como pudimos ver a lo largo de todo el diagnóstico de la situación actual, hay muchos grupos afectados que no estarían siendo tratados con nuestras propuestas de políticas públicas. Es por esto por lo que instamos a que continúen las investigaciones y el desarrollo de propuestas en este sentido. Esto sería para vislumbrar la enorme importancia de promover hábitos saludables, y a la vez, proponer ideas aplicables que permitan mejorar la situación alarmante en lo que concierne a la obesidad y el sobrepeso, problema que sigue empeorando día a día. Esperamos que en un futuro la mejora en la implementación de “Comedor Saludable” y la “Asignación Universal por Hijo” puedan ser tenidas en cuenta para insertarse en este marco más amplio de transformación de la matriz alimentaria argentina.



Información oficial disponible sobre la situación nutricional en Argentina.

-En **2005** el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló la primera **Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS)** que actualiza la info desde los primeros informes nutricionales en 1986 y planea generar evidencia confiable para documentar la situación argentina en este ámbito.

-En **2007** comenzó la **Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)** que se encarga de relevar el comportamiento y tipo de alimentación de los adolescentes escolarizados. Esta encuesta se encuentra exclusivamente orientada a este grupo poblacional y su alcance internacional permite situar la realidad propia con respecto al resto de los países del mundo.

-En **2005** se comenzó con la **Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)** que brinda información direccionada hacia la población adulta (mayores de 18 años). Además de las enfermedades no transmisibles (tabaquismo, obesidad, etc), releva información valiosa sobre la alimentación y la actividad física de este grupo poblacional.

-En **2007** surgió la **Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENLM)** creada por la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud. La misma se encarga de relevar la situación nutricional de los infantes para detectar posibles riesgos en la salud de los niños al nacer y durante sus primeros años de vida.

Universidad de
San Andrés

Bibliografía

- Agis, E., Cañete, C. y Panigo, D. (2010). "El impacto de la asignación universal por hijo en Argentina", Documento de trabajo. Buenos Aires: CEIL-PIETTE.
- Aulicino C. y Díaz Langou G. (2012). "La implementación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria en ámbitos subnacionales". CIPPEC. Buenos Aires, Argentina.
- Boix C. y Postner D. (2000). "Capital Social y Democracia". Revista Española de Ciencia Política, vol 1 (2): 159-185. Madrid, España.
- Britos S., Saraví A., Cichizola N. (2014). "Guía para la autoevaluación de Buenas Prácticas Nutricionales: Nutrición 10 Hambre Cero". Centro de Estudios sobre Políticas y Economía de la Alimentación. Buenos Aires, Argentina.
- Britos S., Chichizola, N., Feeney, R., Clay P. y Vilella F. (2015). "Comer saludable y exportar seguridad alimentaria al mundo: Aportes para una política pública de seguridad alimentaria y nutricional". Centro de Estudios sobre Políticas y Economía de la Alimentación. Argentina, Buenos Aires.
- CEPAL. (1997). "Evaluación del programa Apoyo Solidario a los Mayores (ASOMA)". Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cruces, G. y Gasparini, L. (2010). "Las asignaciones universales por hijo en Argentina: Impacto, discusión y alternativas", *Económica*, Vol. 56, N°1, 105-146.
- Edo, M. y Marchionni, M. (2015). "Conditional Cash Transfer Programs and Enforcement of Compulsory Education Laws. The case of Asignación Universal por Hijo in Argentina", Documento de Trabajo N°190, La Plata: CEDLAS, UNLP.
- Ferrante D et al. (2014). "Prevalencia de sobrepeso, obesidad, actividad física y tabaquismo en adolescentes argentinos: Encuestas Mundiales de Salud Escolar y de Tabaco en jóvenes, 2007 – 2012". Dirección de promoción de salud y control de enfermedades no transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina.
- Garcette N. (2011). "Programas de transferencia condicionada del ingreso en América Latina". Informes de Coyuntura del Observatorio Social.
- Garganta, S. (2015). El impacto laboral y demográfico de la Asignación Universal por Hijo en Argentina. Tesis de Doctorado, La Plata: UNLP.
- Garganta, S. y Gasparini, L. (2012). "El impacto de un Programa Social sobre la Informalidad Laboral: El Caso de la AUH en Argentina", Documento de Trabajo N°133, La Plata: CEDLAS, UNLP.
- Gilardón E. (2016). "Una evaluación crítica de los programas alimentarios en Argentina". Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Kremer P. y Olaviaga S. (2017). "Hacia una política de alimentación saludable". Buenos Aires, Argentina.
- Lancet, M. (2017). "Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents and adults. *NCD Risk Factor*. Published online.
- Levy, S. (2008). *Good Intentions, Bad outcomes: Social Policy, Informality and Economic Growth in Mexico*. Washington, D.C.: Brookings Institute Press.
- Llach J. (2015). "Demanda Mundial de Alimentos 2015-2025. Oportunidades y desafíos". Buenos Aires, Argentina.

- Maceira D., Bombak S. y García G. (2000). "PROMIN: Análisis del gasto y sugerencias para la construcción de un sistema de indicadores de Efectividad". Buenos Aires, Argentina.
- Maceira, D. y Stechina, M. (2008). "Salud y Nutrición. Problemática alimentaria e intervenciones de política en 25 años de democracia". CIPPEC. Buenos Aires, Argentina.
- Martínez J. y Trajtenberg L. (2016). "Evaluación del Impacto de la asignación universal por hijo para protección social sobre la formalidad laboral: profundización del caso argentino". *Universidad Nacional de La Plata*. La Plata, Argentina.
- Maurizio, R. y Perrot, B. (2011). "Transferencias monetarias a la niñez. Algunas reflexiones a partir de la experiencia de América Latina", en Novik, M. y Villafañe, S., coords, *Distribución del ingreso. Enfoques y políticas públicas desde el sur*. Buenos Aires: PNUD-MTEYSS.
- Maurizio, R. y Vázquez, G. (2014). "Argentina: efectos del programa Asignación Universal por Hijo en el comportamiento laboral de los adultos". *Revista Cepal*, N° 113, 121-144.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). "Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados 2007". Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). "1era Encuesta Mundial de Salud Escolar. Resultados de 2007. Argentina". Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2010). "La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2010". Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). "Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2010". Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). "2da Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina 2012". Buenos Aires, Argentina
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). "Situación de salud de niños, niñas y adolescentes de escuelas del nivel primario de la república Argentina". Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). (2015). "Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles". Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016): "Situación de la lactancia materna en Argentina. Año 2015". Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). "Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública". *Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y factores de Riesgo* Nro.8. Buenos Aires, Argentina.
- Moreno M. (2012). "Definición y clasificación de obesidad". Departamento de nutrición, diabetes y metabolismo, Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile.
- Nord, M. (2011). "Program alleviate food insecurity? Evidence from recent programme leavers" *Public Health Nutrition*: 15(5), 811–817.
- Núñez et al. (2016). "Impact of Universal Health Coverage on Child Growth and Nutrition in Argentina".
- Offe C. (1990). "Contradictions of Welfare State". London.
- Onis M., Blössner M. y Borghi E. (2011). "Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020". *Growth Assessment and Surveillance Unit, Department of Nutrition for Health and Development, World Bank*. Geneva, Switzerland.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). "El Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe 2016". FAO y OPS. Santiago de Chile.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2013): "El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación 2013", FAO. Roma.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). "Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas". Serie de Informes Técnicos 916. OMS. Ginebra.
- Schiaritti M. (2014). "Informe económico mensual nº 167. Cámara de la Industria y Comercio de Carnes y Derivados de la República Argentina (CICCRA)".
- UNICEF, WHO, World Bank Group: "Joint Malnutrition Estimates, May 2017 Edition. Stunting prevalence 1990-2016". Geneva, Switzerland.
- Withrow, D. and Alter, D. (2011) "The economic burden of obesity worldwide: A systematic review of the direct costs of obesity". Obesity Reviews, 12, 131-141.



Universidad de
San Andrés

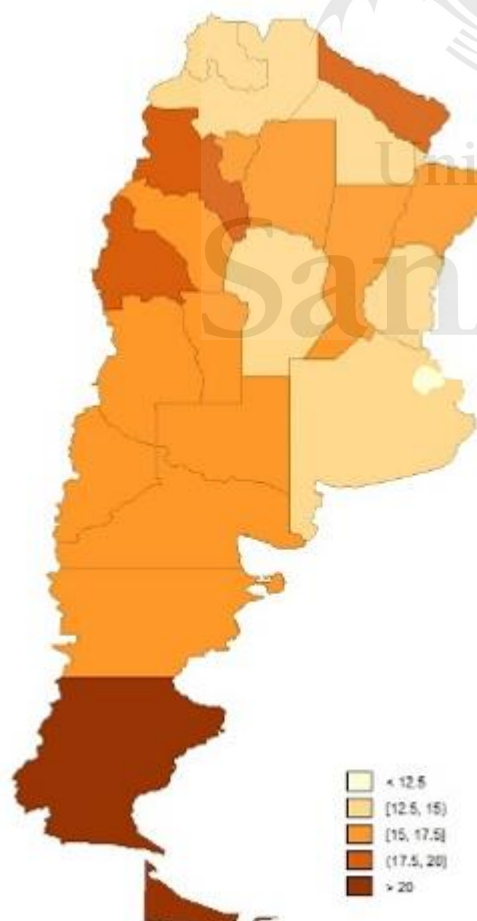
Anexo

A1 –

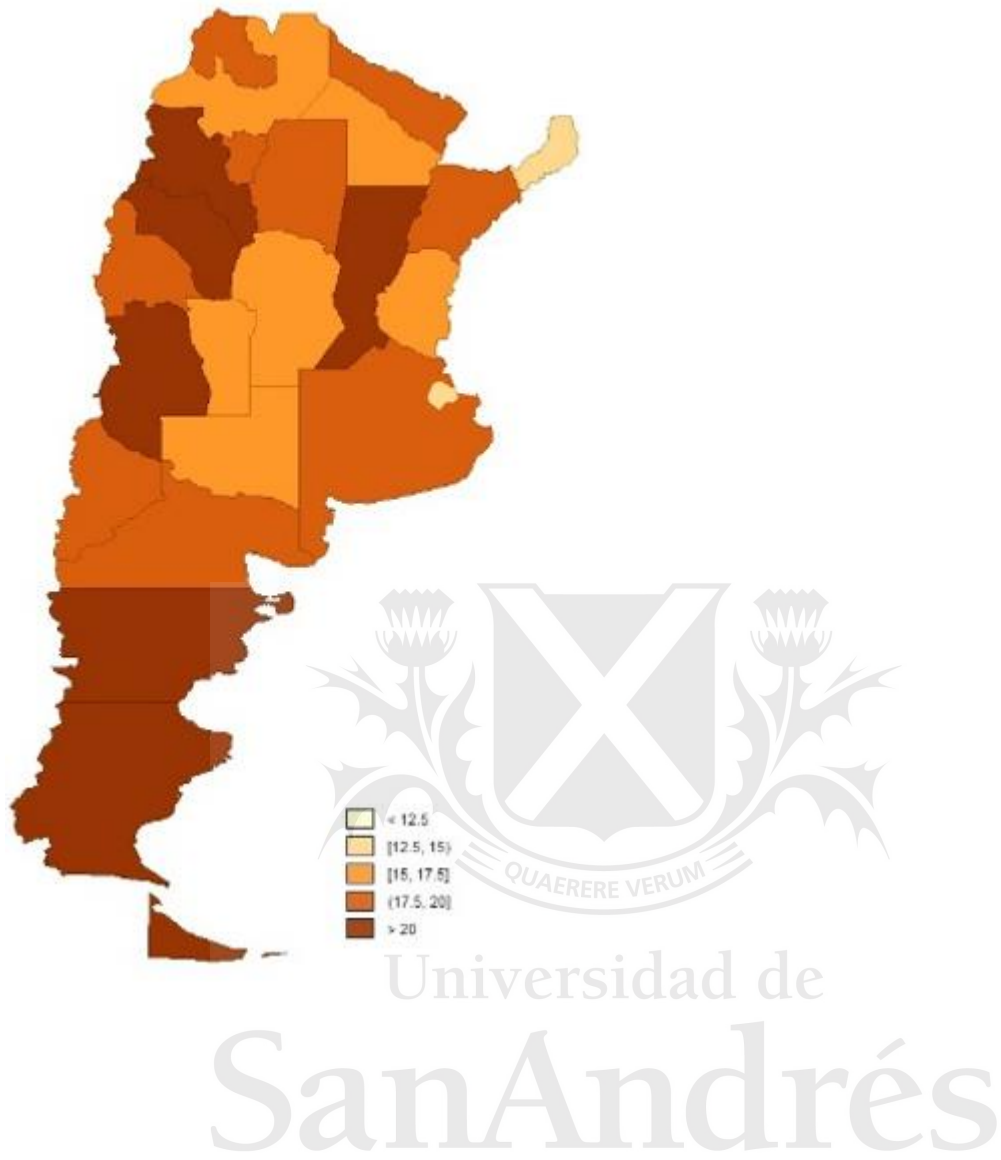
UN region/sub-region	No. of surveys	Countries with surveys/total no. of countries	Coverage of under-5 population (%)	No. of surveys by survey period		
				≤1990	1991–1999	≥2000
Africa	205	53/55	99.4	39	82	84
Eastern	64	17/18	99.1	11	29	24
Middle	23	9/9	100.0	3	7	13
Northern	33	6/7	99.9	7	14	12
Southern	17	5/5	99.8	2	8	7
Western	68	16/16	100.0	16	24	28
Asia*	187	42/47	99.5	26	79	82
Eastern*	13	3/4	96.6	1	4	8
South-central	77	14/14	99.3	12	35	30
South-eastern	55	10/11	99.1	10	18	27
Western	42	15/18	96.1	3	22	17
Latin America & Caribbean	135	27/37	97.6	40	52	43
Caribbean	34	7/16	90.5	9	12	13
Central America	32	8/8	99.0	10	13	9
South America	69	12/13	98.6	21	27	21
Oceania†	10	7/22	91.0	6	3	1
All developing countries	537	129/161	99.2	111	216	210
Developed countries	39	19/45	62.8	7	11	21
Global	576	148/206	96.5	118	227	231

A2 - Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, 2009 y 2013

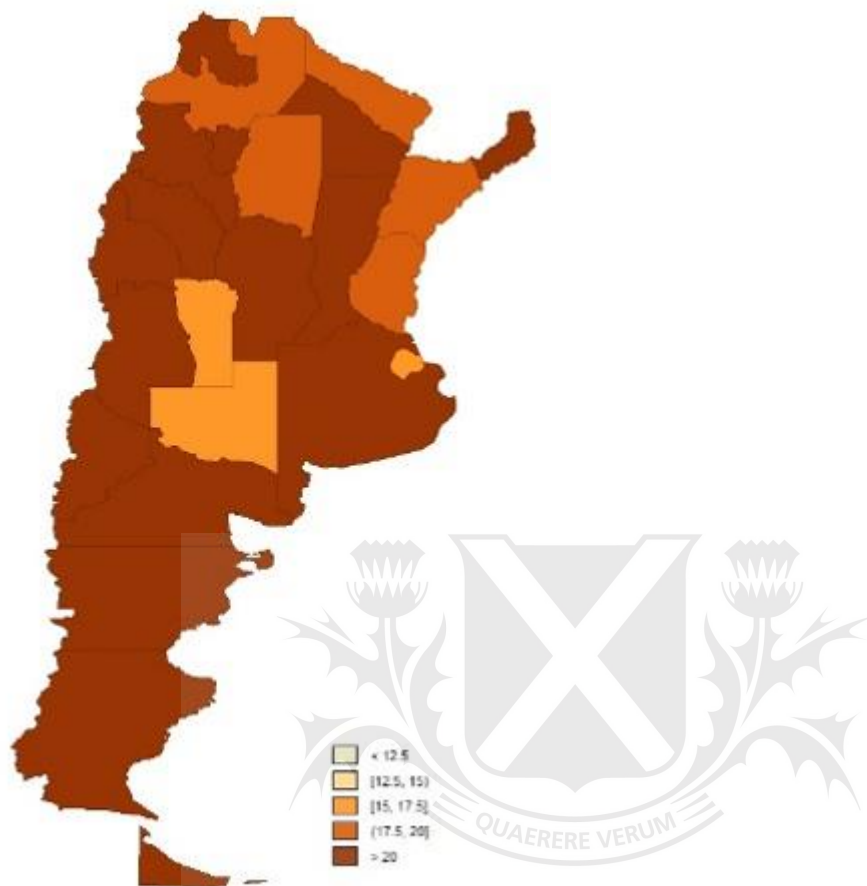
Obesidad o sobrepeso en las provincias argentinas (2005)



Obesidad o sobrepeso en las provincias argentina (2009)



Obesidad o sobrepeso en las provincias argentina (2013)



Universidad de
San Andrés

A3 -

Quintil	2005	2009	2013
1	47,86%	54,45%	56,83%
2	51,63%	55,91%	60,45%
3	52,42%	55,25%	59,58%
4	48,90%	52,18%	57,38%
5	44,53%	49,44%	55,06%