

CAPACIDADES INSTITUCIONALES E IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES: LAS TRANSFORMACIONES DE LOS PROGRAMAS MATERNO INFANTILES EN ARGENTINA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

Alma Idiart

Universidad Nacional de San Martín,
Argentina

Resumen

El artículo plantea que el análisis del proceso de implementación en Argentina de los Programas Materno-Infantiles (PMIs) a nivel local permite estudiar el punto de encuentro de tres problemáticas entrelazadas: las políticas sociales, las capacidades institucionales y, desde el ámbito del estudio de las políticas públicas, el problema de la implementación.

El objetivo del presente artículo es, en primer lugar, describir brevemente las características y transformaciones de dos PMIs a nivel nacional en Argentina: el programa clásico de larga trayectoria en el país --el Programa Materno-Infantil (PMI)-- y el moderno programa creado a comienzos de los noventa -- Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) --, siguiendo nuevas tendencias internacionales de diseño e implementación de programas sociales. Luego de esta caracterización inicial, se aplica el marco de análisis de capacidades institucionales elaborado por Hilderbrand y Grindle (1997) para identificar brechas de capacidades asociadas a problemas de formulación e implementación.

Palabras Claves: Capacidades Institucionales, Políticas Sociales, Programas Materno-Infantiles, Argentina.

Abstract

The paper argues that the implementation process of the Child-Maternal Programs (PMIs), at the local level, allows the study of three interrelated problems: social policies, institutional capabilities and, from a public policy perspective, the program's implementation aspects.

The paper, briefly, describes the main characteristics and transformations of two PMI's in Argentina at national level: the classic and traditional program and the "modern" program, which was created in the early nineties -- Matern and Child Nutritional Program (PROMIN) -, following international tendencies in the design and implementation of social programs. After characterizing these programs, the author uses the Hilberbrand and Grindle's (1997) institutional capabilities framework to identify capabilities gaps related to formulation and implementation.

Keywords: Institutional Capabilities, Social Policies, Child-Maternal Programs, Argentina.

1. Introducción

Los programas materno-infantiles (PMIs) han sido tradicionalmente financiados, administrados, e implementados por el estado y no han sido objeto de estrategias privatizadoras. Sin embargo, el tradicional diseño de carácter universal de los PMIs en Argentina se ha modificado durante la aplicación de políticas neoliberales con la introducción en los programas de un componente de focalización hacia grupos vulnerables y un mayor grado de asistencialismo social. Un análisis comparativo previo – que contrasta los procesos de formulación e implementación de los PMIs entre Argentina y Chile (Idiart, 2002) – fortalece la hipótesis de la relevancia de la capacidad del estado en la implementación, administración y regulación de programas sociales, independientemente de similitudes en el tipo de líneas generales de política social propiciadas desde organismos internacionales y adoptadas a nivel nacional. Para el caso argentino, las características institucionales de largo plazo y las capacidades estatales –que incluyen, sin agotarlas, la coordinación, integración y continuidad de las políticas– explican la mayor parte de la variación de las reformas en su conjunto, tanto en lo referido a la formulación como a la implementación.

En materia de políticas sociales en general, Argentina presenta históricamente un gran número de programas sociales similares en el ámbito nacional, lo que da cuenta de un alto nivel de fragmentación de políticas y proliferación de programas. En consecuencia, se presentan problemas crecientes asociados con la falta de capacidades administrativas y regulatorias del Estado para supervisar la implementación de los mismos.

Los indicadores de mortalidad infantil en Argentina se redujeron en el largo plazo, aunque la posición relativa de Argentina con respecto a otros países latinoamericanos (Chile, Uruguay) empeoró hacia el fin de la década pasada¹. ¿Cómo dar cuenta de esta tendencia? En primer lugar, las políticas de prevención y cuidado de la salud implementadas durante la década pasada no fueron suficientes ni para compensar ni para minimizar los efectos negativos asociados con los niveles crecientes de pobreza y los “costos sociales” resultantes de la aplicación de las reformas neoliberales (SIEMPRO, 2000). En segundo lugar, la falta de capacidades estatales de largo plazo para el diseño e implementación de políticas sociales contribuye a los pobres resultados (en relación con los altos niveles de gasto social) alcanzados por los nuevos programas sociales puestos en marcha durante la década pasada.

1 Los indicadores de mortalidad infantil y materna de Argentina mejoraron en términos absolutos: las tasa de mortalidad infantil entre los años 1945 y 1949 era del 73.9 por cada mil nacidos vivos (promedio quinquenal) y de 16.6 y 16.5 por cada mil nacidos vivos para los años 2000 y 2003 respectivamente (United Nations, 1966; Programa Nacional de Estadísticas de Salud, 2003; INDEC, 2005).

Una caracterización de las transformaciones de los PMIs permite estudiar el punto de encuentro de tres problemáticas entrelazadas: el análisis de las políticas sociales, el análisis de capacidades institucionales y, desde el ámbito del estudio de las políticas públicas, el análisis del problema de la implementación. Con respecto a la capacidad institucional del estado –definida como la habilidad que tienen las organizaciones públicas para desempeñar las tareas encomendadas en forma eficiente, eficaz y sostenida (Grindle, 1997)– se plantea la pregunta acerca de cómo implementar programas sociales de manera efectiva para el cumplimiento de los objetivos programáticos originariamente formulados. Los posibles déficits entre los objetivos planteados y los resultados alcanzados por un programa pueden remitir a *limitaciones de capacidad institucional* para llevar adelante las tareas específicas. Con respecto a la implementación de los programas sociales, ésta constituye en sí misma una fuente de complejidades y desajustes, cuya racionalidad no deriva de errores de mala formulación o planificación. La implementación es también un espacio de interacción estratégica.

Atento a esto, el objetivo del presente artículo es, en primer lugar, describir brevemente las características y transformaciones de dos PMIs a nivel nacional en Argentina: el programa clásico de larga trayectoria en el país --el Programa Materno-Infantil (PMI)-- y el moderno programa creado a comienzos de los noventa siguiendo nuevas tendencias internacionales de diseño e implementación de programas sociales --el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Luego de esta caracterización inicial, se aplica el marco de análisis de capacidades institucionales elaborado por Hilderbrand y Grindle (1997) para la identificación de brechas de capacidades asociadas a problemas de formulación e implementación.

2. Programas Materno-Infantiles: características generales y transformaciones recientes

Los PMI constituyen prestaciones sociales maternalistas cuyo objetivo central es mejorar los niveles nutricionales y de salud básicos al reducir los niveles de desnutrición de las madres, mujeres embarazadas y niños en edad preescolar. Este objetivo se logra a través de la distribución gratuita de leche que opera como una excusa o “gancho” para monitorear la salud de los beneficiarios con cierta continuidad, al obligarlos a participar en exámenes médicos periódicos y vacunaciones, entre otras acciones de atención médica primaria².

2 Utilizo el término “maternalismo” para referirme a la dimensión política concerniente a las políticas específicas resultantes de las demandas políticas y las posteriores respuestas gubernamentales en relación con la mejora en el bienestar de las madres y de los niños (Barker, 1997). Ver Idiart (2006).

Los orígenes y la implementación de los PMI a nivel nacional resultaron de iniciativas estatales específicas durante la década del treinta, en el marco de la organización del estado de bienestar. Los PMIs fueron formulados tempranamente a nivel nacional (década del treinta), con características generales basadas en políticas universalistas y sufrieron, en las últimas dos décadas, transformaciones orientadas a la aplicación de mecanismos de focalización bajo los auspicios neoliberales³. Las transformaciones históricas de los PMIs pueden analizarse según una periodización general que caracteriza el desarrollo de las políticas sociales en Argentina: un primer periodo de programas con características pre-universalistas (hasta promediada la década del treinta); un segundo periodo de programas caracterizados por tendencias universalistas (desde la década del cuarenta hasta mediados de los ochenta) y un tercer periodo de programas híbridos-asistencialistas con la introducción de tendencias de privatización, descentralización y focalización (desde mediados de la década del ochenta y particularmente a partir de la década del noventa)⁴. Los criterios para la periodización consideran el rol predominante del estado en la política social, las características de los programas sociales y la evolución del gasto público social⁵.

En Argentina, el PMI posee una larga tradición. Hasta mediados de la década del treinta, diversas instituciones filantrópicas privadas se hacían cargo de la provisión del bienestar materno-infantil⁶. La multiplicidad de procedimientos, la falta de uniformidad de acciones para proteger la salud materno-infantil y la ausencia de coordinación entre los diferentes servicios, requieren de la unificación y de la creación de una oficina centralizada que brinde líneas generales, procedimientos y coordinación de los servicios de salud materno-infantiles. Esta necesidad organizativa y de coordinación institucional aparece documentada ya desde finales de la década de 1910⁷.

3 Esta caracterización inicial es similar a los orígenes de los PMIs en Chile. Ver Idiart (2002).

4 Sobre las tendencias hacia la privatización, descentralización y focalización en el marco de las reformas neoliberales, ver Williamson (1990); para una revisión crítica ver Sojo (1990). Por una revisión de la literatura al respecto de la aplicación de dichas tendencias durante las reformas neoliberales en América Latina, ver Idiart (2002, cap. 2).

5 Detalles sobre las características de dicha periodización se analizan en Idiart (2002; 2006). Excepto en casos en los que se indica específicamente, las transformaciones históricas de los PMIs (cuyo desarrollo excede los límites de este artículo) se analizan de manera exhaustiva en Idiart (2002, cap.4).

6 Entre las múltiples instituciones se encuentran el Patronato de la Infancia (1912), la Sociedad de Beneficencia (1823) y la Sociedad de Damas de Caridad. La Asistencia Pública (una institución pública de la ciudad de Buenos Aires creada en 1883) implementó una oficina que se encargaba específicamente del bienestar materno-infantil. En el marco de esta institución, se desarrollaron en todas partes programas conocidos como "Gotas de leche", a pesar de la heterogeneidad de sus prestaciones a lo largo del país debido a su dispersión geográfica. Las prestaciones de los programas "Gotas de leche" tuvieron un alcance suficiente en la Capital Federal y en la provincia de Tucumán. Esta última desarrolló la primer campaña oficial coordinada contra la mortalidad infantil. Sin embargo, el interior del país no ofreció suficientes servicios orientados a madres y niños (Aráoz Alfaro 1936). Para detalles sobre los orígenes y transformaciones históricas del PMI, ver Idiart (2002, Cap. 4); Biernat y Ramacciotti (2005).

7 Al respecto es interesante el análisis de la Dirección de la Primera Infancia (creada en 1908 en la Ciudad de Buenos Aires) que aparece en Biernat y Ramacciotti (2005) como antecedente de un organismo centralizador en cuestiones de salud y nutrición materno-infantiles (por lo menos a nivel municipal).

La solución llegó con la creación de una agencia centralizada que prestaba servicios a madres y niños. La aprobación de la “Ley de la Madre y el Niño” (1936) permite la creación de la nueva Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DNMI), bajo la supervisión del Departamento Nacional de Higiene⁸. El objetivo principal de esta dependencia era la protección de madres y mujeres embarazadas y la reducción de las causas asociadas con la morbilidad y mortalidad infantil. La Ley también definía los propósitos principales y las actividades de la Dirección. Entre sus funciones se encontraban la supervisión de las instituciones públicas y privadas vinculadas con la salud materno-infantil, el desarrollo de acuerdos entre el gobierno nacional y las provincias para desarrollar y generar actividades dentro de los PMI y la prestación de asistencia técnica a las provincias para la implementación de programas.

A través de la Ley 12.341, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia impulsó en 1937 el primer PMI para la protección de la niñez en todo el país. Este programa se consolidó luego de la creación del Ministerio de Salud (1946) y comenzó a distribuir leche a sus beneficiarios poco tiempo después (1948)⁹. Desde entonces, y por casi 40 años, este programa mantuvo la misma estructura y diseño institucional, a pesar de que sus recursos (técnicos y presupuestarios) sufrieron reducciones periódicas como resultado de capacidades estatales débiles, la inestabilidad política crónica y las recurrentes crisis económicas y fiscales del Estado¹⁰. La creación tanto de un Programa Nacional de Salud Materno-Infantil (1937) como del Ministerio de Salud (1946) facilitó la expansión de los PMI y de las políticas orientadas a incrementar la cobertura universal.

En las siguientes tres décadas, la política social y sanitaria nacional se orienta hacia acciones tendientes al control de los indicadores de mortalidad infantil y al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas. El PMI a nivel nacional sufre sucesivas reformulaciones, observándose en el plano discursivo el acento en torno a la preservación de objetivos similares (la protección de

8 La Ley 12,341, conocida como la Ley Palacios, fue sancionada el 21-12-1936 y promulgada el 31-12-1936 (Fecha de publicación en el Boletín Oficial 11-01-1937). Desde finales de los sesenta y principios de los sesenta, se produjo una centralización normativa y una descentralización operacional (transferencia del cuidado de la salud a las provincias y municipios) (MBS 1970). La jerarquía de la Dirección fue variando dentro de la estructura de la administración pública nacional. Pasó de un puesto elevado como Dirección Nacional de Salud Materno Infantil a un puesto más bajo como dirección, bajo la órbita del Ministerio de Salud. Para un análisis exhaustivo de los orígenes y transformaciones del PMI y de la Dirección Nacional Materno Infantil, ver Idiart, 2002 (cap. 4). Biernat and Ramacciotti (2005) analizan los orígenes de la Dirección Materno-Infantil y del PMI; también ver Giraldez y Ruiz (1997).

9 La distribución gratuita de leche se lleva a cabo desde la creación del PMI (1937), aunque se regula recién en 1943. La distribución de leche en las provincias se convierte en un subprograma organizado dentro del PMI en 1973, en el marco del nuevo Plan Nacional Materno-Infantil. Las compras de leche se centralizan por la Dirección y luego distribuidas a las provincias (DNMI 1985). La descentralización de las compras de leche se puso en efecto en 1992.

10 El Ministerio de Salud argentino ha tenido históricamente un rol secundario dentro de la estructura del aparato estatal. Sus funciones y responsabilidades se han visto periódicamente restringidas, primero por el Ministerio de Trabajo a través de su Secretaría de Asistencia Social y luego de su Secretaría de Seguridad Social. Cuando el Ministerio absorbió las actividades de asistencia social y se convirtió en Ministerio de Salud y Acción Social, la dimensión “Salud” asumió un rango organizacional más bajo a través de la “Secretaría de Salud” e incluso, a veces, a través de una “Subsecretaría de Salud”. Tal como lo indica Belmartino, todos estos cambios institucionales ponen de manifiesto un “perfil puramente técnico” casi marginal en lo que respecta a las funciones de brindar asistencia médica a los sectores postergados de la población de manera casi exclusiva, adquiriendo las políticas de salud un carácter subordinado a las políticas de bienestar (1991: 32).

la salud de madres y niños y la prestación de asistencia alimentaria materno-infantil) y concentrándose en el mejoramiento del sistema de cuidado primario de la salud y en la necesaria integración y coordinación con otros programas sociales y en el cumplimiento de la Ley 12.341/36 (MASySP, 1966; Moreno, 1974)¹¹. La distribución de leche en polvo en las provincias se organiza hacia 1973 como un subprograma dentro del PMI. En 1980 con la creación del “Programa Único de Salud”, se completa y establece el subprograma de alimentación complementaria; las transferencias de fondos a las provincias comienzan en 1981 (DNMI, 1985)¹².

Durante el gobierno democrático del Presidente Alfonsín, el PMI se reformula desde la Dirección Nacional (1984)¹³. El objetivo central, preservando el componente universalista de los PMI, continúa siendo el control del desarrollo del estado nutricional de los niños por debajo de los seis años y de mujeres embarazadas en estado de lactancia (DNMI, 1996). Se unifican criterios y procedimientos y se organizan actividades a nivel nacional hacia 1985 para el cumplimiento de dichos objetivos. Por otra parte, la promoción de la lactancia materna se convierte en una prioridad¹⁴.

A comienzos de la década del noventa, se redefinen las actividades dentro del PMI y de la Dirección, de acuerdo con “modernos” criterios que requieren una planificación presupuestaria y una mayor coordinación con otros programas nutricionales y de salud. En 1992 (durante una nueva administración nacional), el gobierno ordena la elaboración de un estudio para evaluar las condiciones de salud y nutrición de madres y niños que, indirectamente, evaluaba las acciones del PMI. En él participan expertos externos a las agencias gubernamentales (en particular, de UNICEF Argentina) y, a partir de las recomendaciones del informe final, en 1993 se formula un nuevo programa de salud y nutrición materno-infantil a nivel nacional, el PROMIN. Este programa cuenta con financiamiento externo del Banco Mundial y del BID (alrededor del sesenta al setenta por ciento de su presupuesto total) y originalmente tiene una duración acotada (diez años, organizados en dos tramos, hasta 2003). Este “moderno” programa, significa un cambio no sólo en la prestación de los servicios sino también en los criterios a través de

11 “Programa Nacional de la Madre y el Niño”, Ley 20.445/73. Se firmaron acuerdos entre el gobierno nacional y provincial para el intercambio de asistencia técnica de los PMI (Moreno, 1974). Este plan estaba incluido dentro del plan trienal de gobierno (1973-76), que también se propuso la creación de centros de cuidado de día, aunque la ley para la creación de centros de cuidado de día nunca se sancionó (Novik, 1993).

12 Resoluciones 1.885 y 1.887/1979, Programa Único de Salud (PUS) (DNMI, 1985). Por detalles sobre el desarrollo histórico del PMI, ver Idiart (2002, cap. 4).

13 Simultáneamente, el gobierno puso en marcha el primer programa alimentario nacional el “Programa Alimentario Nacional” (PAN) orientado a los sectores pobres de la población. Ver Bianco (1984); Tenti (1987); Dieguez, Llach y Petrecolli (1990); Grassi, Hintze, y Neufeld (1994); Lumi, Golbert, y Tenti (1992); Golbert (1996).

14 La Propuesta de Normas de Complementación Alimentaria (1985) es la única regulación nacional del PMI además de la Ley 12.341/36 (AGN ca. 1994). En cuanto a las actividades organizadas, se encuentran: a) el diseño de estándares nacionales de crecimiento normal de los niños y de recolección de datos; b) la definición de instrumentos, de criterios y de un sistema para registrar la información para el monitoreo de las actividades del PMI (1984); c) el desarrollo de normas para las actividades nutricionales de rehabilitación complementaria y ambulatoria (1985); y d) el monitoreo de los niveles nutricionales maternos (DNMI, 1996).

los cuales se iría a determinar la población bajo cobertura. Con un fuerte énfasis acorde con lineamientos estrictos de focalización, el programa sólo beneficia a madres, mujeres embarazadas y niños en condiciones de pobreza estructural. El programa presenta un doble criterio para la focalización: a) uno geográfico, orientado a las regiones con población necesidades básicas insatisfechas (NBI) y; b) uno demográfico, que beneficia a las madres, mujeres embarazadas y niños de hasta cinco años de edad¹⁵. El programa tiene como objetivo central mejorar los indicadores básicos de calidad de vida de los pobres estructurales.

Los servicios prestados por el PROMIN pasaron del cuidado directo (preventivo y curativo) de la población objetivo a la provisión de infraestructura básica (por ejemplo, pequeñas clínicas de atención primaria y preventiva). Esta reorientación expresa un cambio en la configuración básica de los PMI tradicionales. Asimismo, es importante destacar que el PROMIN no reemplaza completamente al viejo PMI, que permanece funcionando, aunque con recursos presupuestarios extremadamente reducidos (en particular a comienzos de los noventa) y con una pérdida considerable de prestigio y de personal técnico, en razón del nuevo programa. A pesar de la idea original de una coordinación entre los dos programas, a lo largo de la década del noventa no se produce una efectiva coordinación de los PMI. Una considerable superposición de actividades en combinación con la falta de cobertura de un amplio sector de la población que está excluido de ambos programas, demuestra la falta de capacidades administrativas y de eficiencia del Estado argentino en términos de las dificultades asociadas con la transformación e implementación de nuevos programas sociales¹⁶.

3. Capacidades institucionales en la formulación e implementación de programas sociales.

De acuerdo con Hilderbrand y Grindle (1997), la capacidad institucional del estado puede ser definida como la habilidad que tienen las organizaciones públicas para desempeñar las tareas encomendadas en forma eficiente, eficaz y sostenida¹⁷. Dichas tareas se consideran “apropiadas” de acuerdo a contextos nacionales, con una temporalidad específica y su realización, por lo general, involucra la intervención coordinada de varias organizaciones. Este último factor constituye (y ha constituido históricamente) un problema recurrente en la implementación de políticas sociales en Argentina.

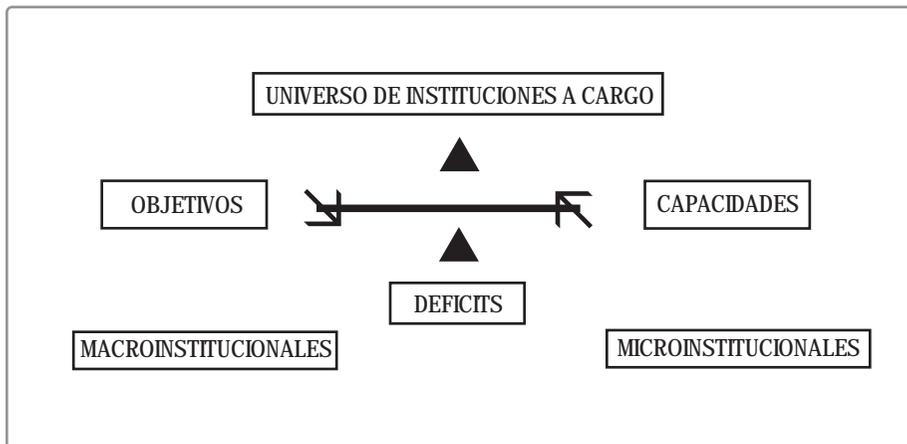
15 Para una revisión del estado de la cuestión sobre focalización de programas sociales, ver (Idiart 2002, cap.2.) La referencia central relativa a la aplicación de técnicas estrictas de focalización es Grosh (1992, 1994).

16 Nuevamente, para un análisis exhaustivo del PROMIN en comparación con el PMI tradicional, ver Idiart (2002).

17 Un desempeño *eficiente* se define en función de la economía de tiempo y recursos disponibles; un desempeño *efectivo* depende de la obtención de resultados apropiados en virtud de los objetivos; un desempeño *sostenido* se define en virtud de su continuidad y perdurabilidad en el tiempo. Todas estas medidas constituyen indicadores de capacidad institucional (Hilderbrand y Grindle, 1997: 34-35)

A partir de los estudios que analizan la prestación efectiva de servicios y programas sociales concretos, y aplicando el marco teórico de Hilderbrand y Grindle (1997) para el caso de los PMIs, en primer lugar se identifica el universo de instituciones a cargo de la implementación; en segundo término, se procede al análisis de los objetivos programáticos en relación con las capacidades institucionales en función de las posibilidades para cumplir con los objetivos planteados y, finalmente, se identifican las brechas entre objetivos y capacidades. En este último punto, y de acuerdo al análisis histórico de la implementación de los PMIs, se evalúan los criterios de ajuste utilizados para superar las brechas entre objetivos y capacidades: el ajuste de objetivos de acuerdo a las capacidades existentes (lo que supone un cambio cualitativo de los objetivos originales) o el incremento de las capacidades institucionales para posibilitar el cumplimiento de los objetivos. Al mismo tiempo se evalúa la situación (en general de frecuente aparición) en la cual no se producen ajustes en ninguno de estos sentidos, razón por la cual se observan fracasos en el cumplimiento de los objetivos específicos y en la efectividad de los programas en el mediano y largo plazo¹⁸.

GRAFICO 1: Marco de Análisis.



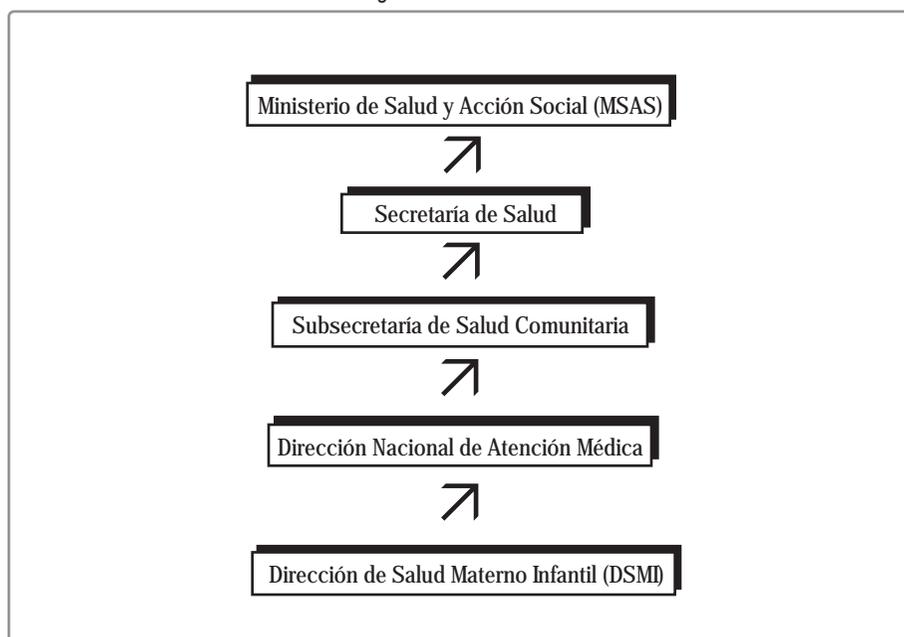
3.1 Universo institucional y tradición política

Como se indicó previamente, el PMI posee una larga tradición, remontándose sus orígenes en Argentina al año 1937 (1943 a nivel nacional). Hacia finales de los noventa, presenta más de sesenta años como programa nacional de protección social. Sin embargo, dicha tradición

¹⁸ Si bien el presente artículo se concentra en estos aspectos de ambos PMIs, las restricciones de espacio del presente volumen impiden la identificación exhaustiva de referencias del análisis empírico desarrollado. El mismo se despliega en su totalidad (y todas las afirmaciones hacen referencia a dicha fuente, excepto en casos que se detallan) en Idiart (2002, caps. 4, 5 y 7).

(en términos de persistencia o continuidad temporal) no implica necesariamente una consolidación o eficiencia del programa como resultado de esta larga experiencia. El PMI cubre la totalidad del territorio nacional y su ejecución descentralizada involucra la responsabilidad directa de las autoridades sanitarias provinciales, representadas por los funcionarios del PMI a cargo para cada jurisdicción. A nivel nacional durante la década del noventa, la Dirección Nacional responde a la siguiente organización¹⁹:

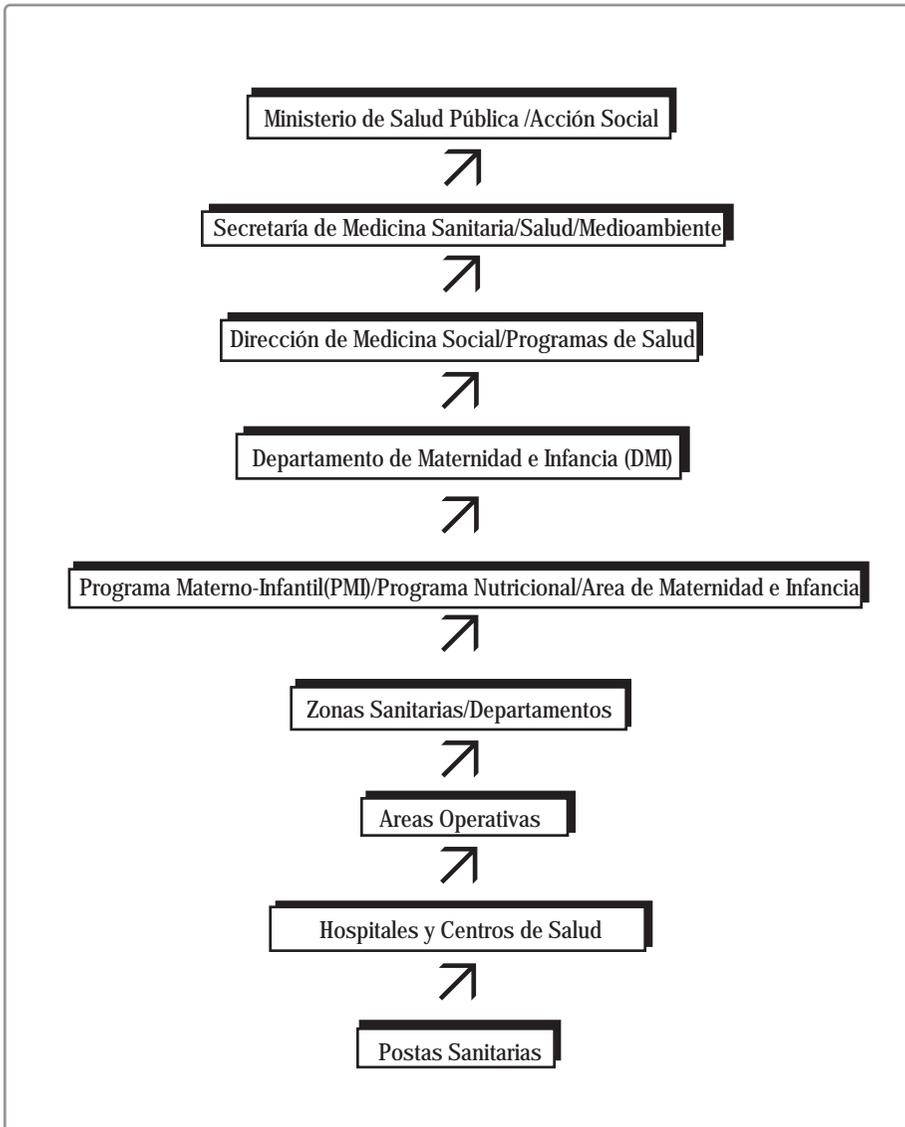
GRAFICO 2: Estructura organizacional durante la década de los noventa.



A nivel provincial, la organización del PMI varía de acuerdo con las estructuras de las administraciones públicas locales, aunque por lo general existe una Dirección de Maternidad e Infancia dependiente del área de salud pública respectiva. El cuadro organizacional asume por lo general la siguiente estructura:

19 En el momento de su creación (previamente a la organización del Ministerio de Salud), la DSMI dependía del Departamento de Higiene (Ministerio del Interior). Luego de la creación del Ministerio de Salud, la DSMI estuvo bajo la supervisión de diversas instancias organizacionales, todas estas dependientes de dicho Ministerio. Antes de las reformas implementadas al inicio de la década del noventa, la DSMI se ubicaba en un rango organizacional más alto dentro del Ministerio de Salud, habiendo sido una Dirección Nacional bajo la supervisión directa de la Subsecretaría de Programas de Salud (Dinardi y Olle 1987). Los datos para la elaboración de la estructura organizacional aquí presentada están actualizados hasta finales de la década (1999), antes de los cambios que resultaron de una nueva administración nacional (B.O. 1994; AGN ca. 1994). Ver también Idiart (2002, cap. 5), Cuadro 5.1 por la estructura organizacional del Ministerio de Salud (ca. 1998).

GRAFICO 3: Estructura organizacional a cargo de los PMI en las provincias.



El PROMIN se inicia en 1993 como respuesta a la situación crítica de la salud y la nutrición materno-infantil a nivel nacional (a pesar de la existencia prolongada del PMI). El PROMIN responde a los modernos criterios neoliberales para la implementación de la política social (focalización y descentralización), propiciadas internacionalmente por los estrictos lineamientos de política de los organismos multilaterales de crédito.

Con respecto al funcionamiento programático, el PROMIN se compone de dos Comisiones para la ejecución del programa (una a nivel nacional y otra a nivel provincial) y tres unidades coordinadoras que corresponden a cada uno de los niveles de competencia nacional, provincial y municipal (la Unidad Coordinadora Central del Programa (UCP); las Unidades Ejecutoras Provinciales (UEP); y las Unidades Ejecutoras Municipales (UEMs). La función de la organización a nivel nacional es la asistencia en el desarrollo de las políticas, la coordinación entre agencias, la utilización de recursos y la implementación de evaluaciones periódicas de desempeño. El Comité está compuesto por representantes del Ministerio de Economía, la Secretaría Nacional de Acción Social, la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, los Ministerios de Salud de las provincias participantes y representantes de asociaciones profesionales y organismos no gubernamentales (World Bank, 1993:39).

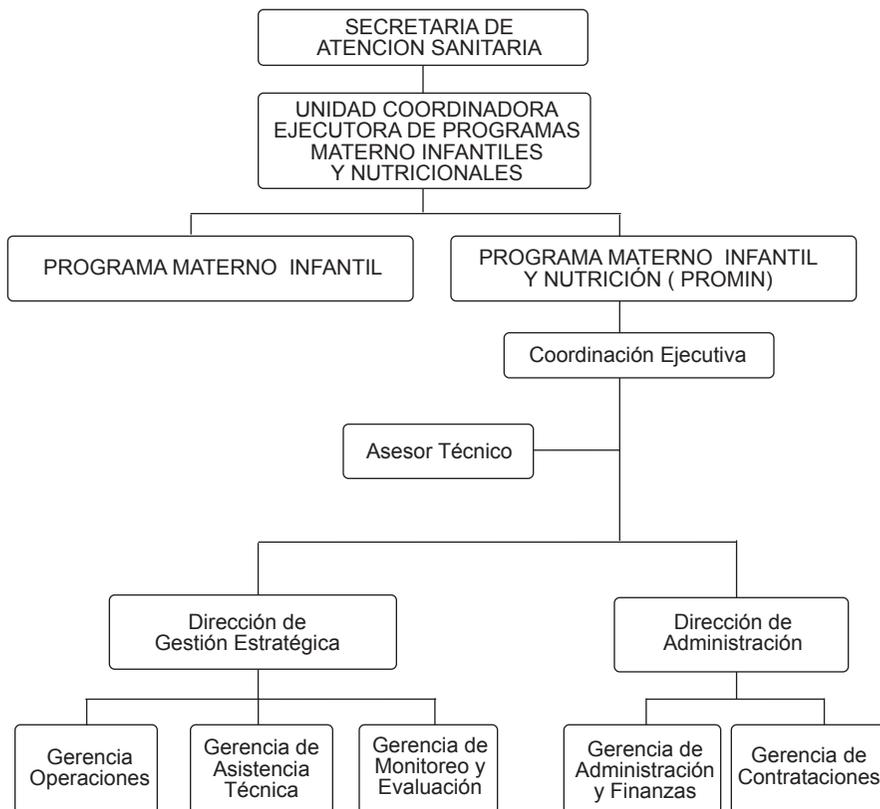
En el nivel nacional, la UCP está a cargo de la dirección ejecutiva del proyecto. Sus tareas principales son la provisión de lineamientos generales, gerenciamiento y coordinación de la implementación del proyecto, asistencia técnica (y capacitación) para la preparación e implementación de subproyectos y el monitoreo y la supervisión de las actividades programáticas (que incluyen la revisión y evaluación de propuestas de subproyectos a nivel local y el manejo de estudios y campañas a nivel nacional). Además, la oficina local del PNUD brinda soporte técnico para la ejecución del programa y de las actividades de la UCP (World Bank, 1993:39; 1998: 9-10).

Con respecto a la relación entre las unidad ejecutora central y las provinciales (UCP y UEPs), aún cuando la UCP posee capacidades generales de coordinación y monitoreo, las UEPs presentan niveles suficientes de autonomía y flexibilidad de acción como para asegurar que las acciones sean eficientes, en tiempo y con operaciones transparentes (UNICEF, Argentina 1992: 25). Los grados de descentralización y las responsabilidades de las actividades de salud y nutrición materno infantil varían según las capacidades organizacionales y configuraciones institucionales existentes en cada provincia. Con respecto a este punto, la asistencia técnica provista por la UCP procura reforzar e incrementar el fortalecimiento institucional tanto a nivel provincial como municipal (UNICEF, Argentina 1992: 35).

Las UEMs, constituyen unidades de programación, mecanismos de coordinación local y espacios de participación en los efectores del programa a nivel local (UNICEF, Argentina 1992: 35). Tanto las UEPs como las UEMs son instancias de coordinación e intermediación entre los efectores locales del programa, siendo el ambiente por excelencia de las acciones del PROMIN ya que son responsables por la formulación de subproyectos de acuerdo a criterios acordados con el Banco Mundial (Vidart et. al, 1995: 5; World Bank, 1998: 5).

El siguiente organigrama organizacional resume la situación hacia finales de la década, en relación a las relaciones organizacionales entre PMIs a nivel nacional (SIGEN, 2000).

GRAFICO 4: Organigrama organizacional a finales de la década de los noventa.



Tal como se desprende del organigrama, la estructura orgánico - funcional de la UCP- (PROMIN) depende, hacia finales de la década, de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Dicha Unidad Coordinadora --que funciona dentro de la órbita de la Secretaría de Atención Sanitaria del Ministerio-- tiene por objeto articular las acciones de los PMIs (PROMIN y PMI) (Disposición 30 del 13 de enero de 2000, SIGEN, 2000).

3.2 Objetivos, diseño y capacidades institucionales

Ambos programas, se plantean como objetivo de largo plazo el mejoramiento de los niveles de salud y nutrición materno-infantil. El logro parcial de dicho objetivo se expresa en la mejora de los indicadores básicos de salud materna e infantil en relación con los factores de mortalidad y morbilidad a través de la implementación de la atención primaria la educación para la salud.

En cuanto al diseño programático, el PMI apela a la distribución gratuita de leche (y en algunos períodos, de sustitutos de la leche) como un medio (excusa "gancho") para atraer a

mujeres embarazadas, madres en período de lactancia y niños, manteniendo así una participación continua en el programa de los beneficiarios. De acuerdo con funcionarios y documentos del programa, históricamente el propósito principal consiste en atraer potenciales beneficiarios a los centros de cuidado de la salud con el objeto de brindar servicios permanentes y adecuados de cuidado de la salud y nutrición. De esta manera, las actividades de distribución de leche están subordinadas a las acciones del cuidado básico de la salud.

Un análisis comparativo entre el discurso (documentos oficiales) y las acciones programáticas efectivamente desarrolladas por el PMI muestra algunas diferencias entre ambos planos. Durante los noventa (por ejemplo, la composición del gasto del programa, las auditorías a los PMI provinciales y el desempeño del programa de acuerdo con los indicadores de la salud materno-infantil) la distribución de leche aparece como el principal componente organizador del programa. Esto pudo haber resultado no tanto de decisiones explícitas de política, sino como una consecuencia no intencionada de la combinación de varios factores: la organización federal del programa, la escasa capacidad institucional de la administración central del PMI para monitorear y controlar la implementación del programa a nivel local, los recurrentes recortes presupuestarios y los reiterados déficits de financiamiento. El resultado general se evidencia en lo expresado por los propios beneficiarios quienes se refieren al programa como el “programa de la leche” (generalmente con una connotación asistencialista) y no como un programa de salud y nutrición para madres y niños en términos de ciudadanía social²⁰.

El PROMIN posee un diseño cuyo propósito se centra en el fortalecimiento institucional de los establecimientos asociados con la salud, la nutrición y el desarrollo materno-infantil. Este nuevo programa implementa dicho objetivo a través la realización de trabajos de infraestructura en centros de cuidado de la salud y de desarrollo infantil, de actividades de capacitación (recursos humanos) y de asistencia técnica a subproyectos locales con el objeto de mejorar el cuidado de la salud, la nutrición y el desarrollo de madres y niños. La distribución de leche constituye una actividad secundaria. Esta variación en los objetivos programáticos centrales responde a un diagnóstico del PMI que se realiza *ex-ante* de la organización del PROMIN para identificar las brechas macro y microinstitucionales observadas.

Finalmente, el tipo de prestación en relación con el cuidado general de la salud (y el cuidado materno-infantil) se organiza a partir de la demanda espontánea de la población dentro de la red de cuidado de la salud. En el largo plazo, esta característica y la ausencia de una atención organizada de puertas hacia afuera en busca de la demanda también constituyen factores

20 Situación que contrasta con el caso del PNAC en Chile. Para un análisis comparativo detallado de los PMIs a nivel nacional en Argentina (PMI y PROMIN) y en Chile (PNAC), ver Idiart (2002, caps. 4-7).

fundamentales para la comprensión de la baja efectividad de los programas para el mejoramiento del cuidado de salud y nutricional materno-infantil²¹.

En cuanto a las características del diseño del programa en virtud de la aplicación de estrategias universales y/o de focalización, el PMI tradicional está organizado históricamente de acuerdo con principios universalistas. Las prestaciones del programa están orientadas a todas las madres y a todos los niños que integran la red de cuidado de la salud, sin importar su inserción laboral o su nivel socioeconómico, enfocadas como derechos de los ciudadanos. Sin embargo, este tipo de programa posee mecanismos de auto selección implícitos: el hecho de que las prestaciones se brinden a través de la red pública del sistema de salud genera tal selección²².

A pesar del énfasis programático y discursivo en el mantenimiento del carácter universal de las prestaciones, en el caso del PMI tradicional los procedimientos de focalización se introdujeron de hecho (y de manera heterogénea, con disparidades regionales) en los noventa. Dicha introducción no fue resultado de una estrategia nacional de política orientada a la selectividad dentro del PMI, sino de estrategias locales, no reguladas y carentes de coordinación a través de los PMI provinciales, ya que esto suponía montos relativamente menores de leche a ser distribuida²³. Finalmente, en relación con el PROMIN, los mecanismos de focalización fueron introducidos desde el inicio, siguiendo los lineamientos típicos de implementación de la política social predominantes en los noventa. Los mecanismos que se aplicaron corresponden a la focalización geográfica, según la información brindada por los datos censales de población con necesidades básicas insatisfechas (Idiart 2002). A pesar de estas características en el diseño, se produjeron efectos de tipo universal no intencionados en la etapa de formulación, debido a que el fortalecimiento institucional beneficia indirectamente a la totalidad de la población al mejorar la infraestructura dentro de la red pública de salud.

3.2.1 Sistemas de información y monitoreo

En relación a los sistemas de información y las capacidades de monitoreo de los programas sociales, Argentina muestra notables brechas de capacidad para la realización de objetivos programáticos, las que se agudizan con la implementación de programas de tipo focalizados

21 Situación que contrasta con el programa en Chile, en donde el cuidado general de la salud (y el cuidado materno-infantil) se organiza no sólo a partir de dicha demanda espontánea sino del desarrollo de explícitas actividades extramuros cuyo propósito es extender la cobertura a los sectores más vulnerables de la población.

22 Por otra parte, estudios de beneficiarios de los PMI en Chile documentan que algunos potenciales beneficiarios que participaron de los chequeos médicos periódicos optaron por no reclamar la leche –o cualquier otro sustituto de la leche– que supuestamente les era asignado.

23 Las auditorías efectuadas por la AGN en varios PMI provinciales entre 1994-1996 informan acerca de algunas situaciones irregulares: reducción en la proporción de leche a distribuir (en comparación con las normas nacionales y provinciales); selección implícita de beneficiarios para recibir la leche (llevada a cabo por personal médico y no-médico en las instalaciones públicas de cuidado de la salud); implementación de variados criterios de focalización para la distribución de leche de acuerdo con las jurisdicciones locales, etc. (AGN, 1995-1998).

que requieren de información precisa acerca de las características poblacionales y la localización de beneficiarios potenciales.

Hasta por lo menos mediados de los noventa, el PMI tradicional carecía de mecanismos para monitoreo y control en términos de eficacia, eficiencia e impacto en relación a sus actividades y metas. Las únicas tareas de monitoreo se reducían a las auditorías contables del PMI en niveles provinciales y nacionales.

El moderno PROMIN posee algunos de estos mecanismos de monitoreo, a pesar que inicialmente no estaban vinculados con los procedimientos tradicionales desarrollados en las unidades provinciales. Se observan dificultades en relación con la coordinación de los niveles provinciales y nacionales para la implementación de procedimientos innovadores de gestión del programa. Uno de los componentes principales del PROMIN es la organización e implementación de un Sistema de Información de Programa (SIP) con el objeto de sistematizar información comparable sobre los PMI en las distintas jurisdicciones²⁴.

Es pertinente en este punto destacar el contraste en cuanto a la disponibilidad de sistemas de información con el caso chileno. Hacia mediados y fines de los setenta, como resultado de la “urgencia” por implementar mecanismos de focalización orientados a los grupos más vulnerables, se organiza un sistema de información que, facilitado por organización político-administrativa unitaria, permite la recolección periódica y uniforme de información estadística sobre programas sociales y facilita los procedimientos de monitoreo. Unos niveles más altos de coordinación y centralización mejoraron los niveles de cobertura y monitoreo del PMI chileno (PNAC). Existe un sistema periódico, exacto y adecuado de información, que favorece el desarrollo del monitoreo y el diagnóstico del desempeño del programa. Esta situación contrasta fuertemente con la de Argentina durante los noventa, cuando la focalización aparece como una nueva tendencia en el diseño e implementación de la política social, a pesar de que los sistemas de información acerca de los potenciales beneficiarios, necesarios para la implementación, eran, al menos, insuficientes e, incluso, caóticos. La demanda sobre la urgencia de contar con un registro o padrón único de beneficiarios de programas sociales aparece sistemática y recurrentemente con cada nueva gestión del área de programas sociales (i.e. Desarrollo Social), sin poder concretarse dicha tarea en las dos últimas décadas.

24 De acuerdo con informes y evaluaciones del programa, surgen dificultades por el carácter extremadamente desagregado de la información (niveles locales y municipales) acerca de la evolución, la implementación y el impacto del programa. Estos informes destacan la necesidad de una información agregada a nivel provincial y nacional. Auditorías del programa posteriores, señalan la persistencia de este problema (ausencia de indicadores agregados) para evaluar la implementación y efectividad del programa (SIGEN 2000; Albáñez Barnola, Colmenares y Acuña 1998).

3.2.2 Conformación de pertenencia

En Argentina, los beneficiarios del PMI no constituyen un grupo formado con demandas y expectativas específicas hacia el programa. Además, en su mayoría madres y mujeres embarazadas, conocen el programa como “el programa de la leche” y ni siquiera consideran el componente de prevención y de cuidado de la salud, el cual supuestamente constituye el pilar y objetivo fundamental del PMI. De acuerdo con estudios de caso específicos, los potenciales beneficiarios no suelen acudir a los centros de cuidado primario de la salud fuera de las visitas mensuales obligatorias para retirar la leche y realizar algún monitoreo prenatal (Grassi, Hintze y Neufeld 1994). Por otro lado, las auditorías efectuadas a los PMI provinciales entre 1994 y 1997 –un período caracterizado por demoras frecuentes en las transferencias de los fondos federales y, consecuentemente, por numerosas irregularidades en las compras y distribución de la leche– indican que la proporción de la participación en chequeos periódicos se redujo considerablemente cuando no había continuidad en la disponibilidad de leche para distribuir (AGN 1995-1998).

A pesar de la naturaleza relativamente nueva del PROMIN, parece tener un mayor grado de visibilidad entre sus beneficiarios. Quizás, esto se deba a que el PROMIN es percibido como un programa social más eficiente. Sin embargo, esta percepción varía por jurisdicciones y subprogramas: existen situaciones heterogéneas en relación con la implementación del programa según jurisdicciones específicas, directamente relacionada a la naturaleza descentralizada del programa además de la organización federal de la política pública argentina. Debemos considerar esta información con cuidado ya que los datos suministrados por el PROMIN difieren de los aportados por otras fuentes²⁵. El PROMIN parece tener mayor visibilidad institucional entre los funcionarios del programa que entre los potenciales beneficiarios²⁶.

3.2.3 El impacto de los PMI

Los niveles de cobertura de los PMI en Argentina han sido tradicionalmente bajos en comparación con los objetivos expresados. Incluso, luego de diez años de los proclamados cambios “agresivos” para incrementar la eficiencia de los PMI (reflejada en un mayor grado de

25 Un estudio de las percepciones populares acerca de los servicios sociales llevado a cabo en 1999 por un colaborador del PROMIN (financiado por el Banco Mundial) registra un alto grado de ignorancia masiva en relación con la existencia de programas sociales nacionales en general: alrededor del 71 % de la población pobre relevada no conocía ningún programa social nacional del cual pudieran ser beneficiarios. El 89 % de la población relevada no conocía al PROMIN (Cecilini, 1999). Esta evaluación comprende 29 ciudades y cuenta con entrevistas a 1200 hogares, además de 600 entrevistas llevadas a cabo en el área metropolitana de Buenos Aires.

26 Cuando los usuarios de la red pública de cuidado de la salud acuden a algún centro de salud específico, no saben si se encuentran bajo la órbita del PROMIN o no: “la gente conoce a sus doctores y enfermeros pero no conocen al PROMIN como una institución” (Fundación Grupo Sophia, 2002: 17).

cobertura), la cobertura del programa continúa estando por debajo de lo propuesto (en promedio, alrededor del treinta y cinco por ciento). La preponderancia del componente de distribución de leche y la dependencia extrema en este factor para la efectiva participación de los beneficiarios en el PMI, contribuye a la recurrencia de las bajas tasas de cobertura. Resulta importante señalar que las cifras son sólo estimaciones indirectas, dado que no existen registros exactos ni exhaustivos de los beneficiarios del programa a nivel nacional (en consecuencia, este problema dificulta la estimación efectiva del grado de cobertura del programa) (Idiart, 2002).

Por el contrario, el PROMIN posee un grado de cobertura relativamente alto. Sin embargo, las tasas varían según las jurisdicciones y los subprogramas (heterogeneidad en la implementación a nivel de los subprogramas). Además, debido a las diferentes actividades desarrolladas por el PROMIN, resulta más difícil la medición, en particular en relación con datos consolidados a nivel nacional (en este caso, nos referimos a acciones de mayor complejidad que la distribución de leche tales como, por ejemplo, trabajos de infraestructura, asistencia y capacitación técnica, etc.).

En cuanto a las capacidades institucionales para medir el impacto de los programas en Argentina, la ausencia de una base de información para evaluar el impacto de los PMI y para la toma de decisiones para el diseño de políticas (por ejemplo, implementar procedimientos de focalización) es un problema central, no sólo para estos dos programas sociales, sino para el área de la política social en general. En este caso, la superposición de programas compitiendo entre sí, con altos grados de heterogeneidad en la ejecución provincial y local del programa, dificulta todas las actividades de implementación, regulación y monitoreo. El éxito relativo del PROMIN para organizar los procedimientos y algunas actividades de monitoreo (a pesar de que los estudios de impacto son todavía imposibles de desarrollar), demuestra la función de los organismos multilaterales de crédito (el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo) como apoyo al Estado central que tradicionalmente cuenta con capacidades administrativas e institucionales débiles.

A pesar de la fuerte inversión en el PROMIN, la encuesta nacional nutricional, un estudio de impacto de los PMI, y un estudio del costo de evaluación, son las tres actividades incluidas en el PROMIN I (documentos, ca. 1993) – que aún se encuentran pendientes para el año 2002, casi diez años luego del debut del PROMIN²⁷. La falta de un conocimiento adecuado acerca del estado nutricional de la población a nivel nacional significa que no existe una base para

27 Recién en el 2004, se efectuaron llamados públicos para presentar propuestas para la implementación de una encuesta nacional nutricional durante el 2005. La encuesta se relevó finalmente en el 2005, doce años después del lanzamiento del PROMIN (<http://msal.gov.ar>; ENNyS)

medir el impacto total de las reformas del PMI durante los noventa. Asimismo expresa que durante la década de implementación de reformas de los PMIs (que incluye la formulación del PROMIN), uno de los objetivos programáticos principales de dicho programa no pueda materializarse, siendo esto un indicador de los problemas asociados con las capacidades del Estado nacional para implementar iniciativas de política social de largo plazo que requieran capacidades estatales (y no únicamente recursos financieros, que en este caso eran proporcionados por organismos multilaterales de crédito).

3.3 Déficit en el nivel macroinstitucional

3.3.1 Político-Institucionales

En términos político-institucionales, la organización federal de la Argentina implica una ejecución descentralizada de programas sociales federales y, como tales, esto incluye a los PMI. Originalmente, todas las actividades normativas y de formulación desarrolladas por la Dirección fueron en un principio centralizadas (Giraldez y Ruiz, 1997)²⁸. A nivel nacional, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia es el organismo que brinda los lineamientos generales, las normas y regulaciones, los recursos financieros (transferencias a las provincias básicamente para la compra de leche), algunos insumos y la asistencia técnica. La implementación provincial del programa se enmarca en acuerdos entre el PMI a nivel nacional (central) y las provincias (PMI provinciales). A nivel provincial, en cambio, los PMI se implementan de manera efectiva a lo largo de las jurisdicciones. A comienzos de los noventa, el PMI nacional no contaba con ningún mecanismo específico para controlar la implementación de programas a nivel local. Durante la década pasada, se produjeron numerosos intentos e iniciativas que se propusieron incrementar la regulación de los programas locales por parte del central que supusieron una mejora relativa en la capacidad de control de la Dirección Nacional (particularmente desde 1996 en adelante). Sin embargo, la capacidad de monitoreo de la Dirección sigue siendo escasa a lo largo de la década. El PMI carece durante los noventa de mecanismos internos para el monitoreo y control (de la eficacia, eficiencia e impacto de sus actividades y propósitos)²⁹.

28 A comienzos de los sesenta, el PMI se encontraba bajo la supervisión del Ministerio Salud Pública y Asistencia Social. Sus principales objetivos parecían similares a los especificados originalmente en la Ley Palacios (1936): coordinación con las provincias para la organización de los PMI a nivel provincial; desarrollo de un plan nacional de salud materno-infantil; la definición de objetivos y prioridades; la apertura de centros de salud; y la recolección de información estadística sobre la salud de los recién nacidos. Reuniones anuales con ministros provinciales de salud se organizan desde entonces para supervisar y monitorear los resultados de los PMI, así como para desarrollar nuevos objetivos para el programa. La relación entre el PMI y las provincias no parece ser de naturaleza compulsiva sino que logra sugerir propósitos y actividades a implementar. Del análisis de la documentación disponible en el momento de esta investigación, parece no haber capacidad nacional para sancionar en casos de no cumplimiento con el plan nacional (MASySP, 1961: 48-9).

29 Ibidem, referencias nota 25.

El PROMIN, en cambio, posee en parte estos mecanismos a partir de la firma de acuerdos entre la UCP y los subproyectos locales específicos para la implementación del programa. El PROMIN central brinda fuertes lineamientos para la implementación general, estrategias, criterios de focalización, entre otros aspectos programáticos, a pesar de que las jurisdicciones locales están a cargo del diseño de sus propios subproyectos de acuerdo con las necesidades y los criterios locales (es decir, de acuerdo con el principio de descentralización). Según un estudio más reciente sobre el PROMIN (2002), la organización y actividades diarias de la UCP (diseño de programas e implementación) son relativamente autónomas, independientes de las oscilaciones políticas inmediatas. Los conflictos sociales y políticos en las provincias, sin embargo, afectan a todas las actividades públicas provinciales, incluyendo a los subproyectos del PROMIN (Fundación Grupo Sophia, 2002).

A pesar de estas innovaciones en materia de organización, la efectiva implementación de los objetivos programáticos del PROMIN no ha sido armoniosa ni sencilla. En efecto, tanto los procedimientos tradicionales desarrollados por las unidades provinciales como los cambios políticos locales han atentado contra una implementación efectiva del programa dentro de una organización descentralizada.

Esta situación no es privativa del PROMIN sino que es característica de la organización de la política social en la Argentina.

Las tendencias hacia la descentralización fueron propiciadas tanto a nivel político local como desde organismos multilaterales de crédito. La implementación de dichas tendencias descentralizadoras varía de acuerdo con las estructuras tradicionales específicas ya existentes en cada país. En el caso argentino, el sistema federal preexistente generó un alto nivel de mediación. Por otra parte, los acuerdos y existencia de una lógica fiscal predominante para la asignación de fondos a las provincias debilitan las capacidades regulatorias y de monitoreo en un contexto con déficits de capacidades institucionales preexistentes. En este caso, la descentralización hace dificultoso asegurar un mínimo de implementación de acuerdo con las normas y objetivos a nivel nacional.

3.3.2 Relaciones interinstitucionales

En términos de las relaciones interinstitucionales (coordinación de políticas e integralidad), los PMI de Argentina muestran un escaso nivel de integración y coordinación tanto entre los diferentes programas nacionales como entre los programas nacionales y los provinciales. Este fenómeno no es exclusivo de estos programas sino que se manifiesta en los programas de protección social en general. Durante los noventa existen múltiples PMI en funcionamiento bajo condiciones sub-óptimas. Se manifiestan problemas asociados con la superposición, la competencia por beneficiarios, los recursos financieros y técnicos, la fragmentación y la falta de cooperación entre programas; dificultades que se mencionan no sólo en el presente estudio

sino también en numerosas fuentes de información (Golbert y Lumi, 1996; Pérez Esquivel, 1998)³⁰.

Esta falta de integración y coordinación involucra tanto a la coordinación en cada nivel (entre los PMI a nivel nacional, provincial y local) como a la coordinación entre los diferentes programas (entre los programas de protección social que se manifiesta en la falta de articulación entre los sectores sociales relevantes, es decir, programas de cuidado de la salud, de asistencia social, de educación). Asimismo, la ausencia de coordinación en acciones del área de atención materno-infantil no constituye un fenómeno reciente, sino que se documentan dificultades similares en estudios históricos sobre el tema (Biernat y Ramacciotti, 2005; Idiart, 2006; Aráoz Alfaro, 1936).

Durante los noventa, el discurso público oficial apoyaba la integralidad y la coordinación de las iniciativas sociales y las acciones de los programas. Sin embargo, en el nivel concreto de la implementación, los programas integrales y coordinados resultan muy difíciles de organizar en el contexto argentino. En efecto, uno de los pilares fundamentales del PROMIN es la integralidad y la coordinación de los PMI. Dicha integralidad, como lo expresan los documentos oficiales del programa, involucra la integración y coordinación tanto intra-programática (entre los diferentes niveles), como inter-programática (básicamente entre los servicios de salud y la educación de nivel inicial). Sin embargo, la falta de tal integración entre los PMI constituye uno de los problemas estructurales más visibles.

La falta de una efectiva integración en las tareas de planificación y diseño entre el PROMIN y los PMI persiste durante los noventa. Las dificultades y la falta de voluntad política para implementar de manera efectiva dicha articulación se evidencian en acciones y decisiones (o no decisiones) concretas: el hecho de que cinco años más tarde de la creación del programa, únicamente se vislumbren algunas incipientes iniciativas para implementar instancias de coordinación; la creación de una oficina de coordinación dentro del Ministerio de Salud (la *Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales*) durante el 2000 y bajo una nueva administración federal. Si bien esta última medida refleja la decisión política de apoyar las actividades de coordinación, el lapso transcurrido pone de manifiesto las dificultades a nivel institucional y político para la concreción de uno de los ejes fundamentales del moderno PMI (Secretaría de Hacienda, 2000: 275).

30 Además del PMI y el PROMIN (bajo la órbita del Ministerio de Salud), hacia mediados de la década del noventa (1996) existían otros nueve programas de asistencia nutricional a nivel nacional (once en total) con un alto grado de superposición de objetivos, beneficiarios y cobertura geográfica (Golbert y Lumi, 1996). Información más reciente presentada por artículos periodísticos y por fundaciones privadas y públicas que trabajan sobre temas de políticas públicas dan cuenta de una situación similar: superposición, falta de coordinación y multiplicidad de programas nutricionales. De acuerdo con estos informes, en el 2002 existían 11 programas nutricionales (nacionales y locales) organizados por la Ciudad y la provincia de Buenos Aires (Fundación Grupo Sophia, 2002; *La Nación*, 1 de junio de 2002).

3.3.3 Función pública

En cuanto a las brechas vinculadas a la carrera de la función pública, el contraste entre el PMI tradicional y el moderno PROMIN pone de manifiesto las tensiones mencionadas por Grindle (1997) en los casos de introducción de nuevos programas sociales según modernos criterios de gerenciamiento social e influencias de organismos multilaterales de crédito. El PMI cubre la totalidad del territorio nacional y su ejecución descentralizada está bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias provinciales, representada por los funcionarios del PMI a cargo de cada jurisdicción. Durante la década del noventa, el personal de la Dirección Nacional (DNMI) está compuesto por personal técnico y administrativo, así como también por el personal comprendido dentro del sistema de salud pública de las 24 jurisdicciones (por ejemplo, profesionales de la salud pública, técnicos, personal administrativo y agentes sanitarios). Con respecto a los recursos humanos disponibles a nivel nacional, nuevos planteles profesionales fueron incorporados a la Dirección luego de las reformas a comienzos de los noventa³¹.

Con respecto a los recursos humanos, el PROMIN posee en el nivel central (UCP) un Director del proyecto, un Coordinador Adjunto, cuatro gerentes, todos ellos nombrados por el Ministerio de Salud con la aprobación del Banco Mundial (World Bank, 1993: 40-41). Luego de la expansión a nivel nacional del programa, se agregaron a la estructura dos directores y dos gerentes. Hacia finales de 1998, la UCP del PROMIN tenía un plantel permanente profesional de 29 empleados bajo contrato, sumados al personal administrativo³². También estaban contemplados en el presupuesto del programa la contratación de consultores adicionales para tareas específicas de corto plazo.

En contraste con el PMI, el plantel del PROMIN no forma parte de la planta permanente de la administración pública nacional del Ministerio de Salud; los contratos del personal del PROMIN suponen designaciones temporarias (contratos a término y/o consultorías), siendo ésta la característica de la mayoría de los nuevos programas sociales con un componente considerable de financiamiento de organismos multilaterales de crédito. Las designaciones del personal técnico del PROMIN requieren de la aprobación del Banco Mundial según criterios

31 Un análisis comparativo de las fuentes de información recolectadas reporta variaciones en la composición de la planta permanente de la Dirección: entre 1993 y 1996 se reportan entre 35 y 32 posiciones permanentes; la información para 1997 y 1998 indica entre 25 y 26 posiciones permanentes (AGN, ca. 1994; Golbert y Lumi, 1996; Secretaría de Hacienda, 1997, 1998). Cabe destacar que de acuerdo a un informe de auditoría de 1993, los puestos vacantes en la DSMI indicaban que de un total de 35 cargos de planta permanente, solamente 19 habían sido designados (aún cuando de estos 19, cuatro no se encontraban asignados efectivamente al trabajo en la DSMI). Los restantes 16 cargos se encontraban vacantes (lo que representa más de un cuarenta y cinco por ciento del total). Un estudio efectuado por el BID sobre programas sociales focalizados (1995) informa que la DSMI contaba en ese momento con una planta permanente de 32 cargos, aun cuando el informe no discrimina si dichos cargos estaban efectivamente cubiertos o si existían cargos vacantes. Por detalles en este punto, ver Idiart (2002, cap. 4).

32 Ver por análisis detallado, Idiart (2002, cap. 5).

preestablecidos, perfiles del puesto, descripciones, términos de referencias, cronogramas y niveles de remuneración.

Varios informes de revisión del programa destacan la alta capacidad profesional y técnica del plantel de la UCP del PROMIN, refiriéndose tanto al gerenciamiento del mismo como a la continuidad (esta última marcadamente inusual en los planteles de ejecución e implementación de programas sociales en Argentina (World Bank, 1997: 9)³³. Algunos documentos del Banco ponen énfasis en este punto, tanto para los niveles de gerenciamiento federales como provinciales, aunque algunas revisiones y auditorías del programa destacan variaciones entre provincias y/o subproyectos en relación con niveles de implementación y ejecución (World Bank, 1997: 9; Vidart et. al, 1995: 7).

En suma, a pesar de las variaciones a nivel local, luego de varios años de operaciones el PROMIN presenta signos de mejoras en sus capacidades gerenciales y organizacionales en términos de sus recursos humanos que constituyen la clave para el logro de los objetivos programáticos originarios de fortalecimiento institucional de los servicios de salud y nutrición materno infantiles. Este panorama hacia finales de los noventa contrasta con el diagnóstico inicial de los recursos de planteles profesionales involucrados en el desarrollo de los PMIs a nivel nacional y, especialmente, a nivel local (UNICEF, Argentina 1992: 42)³⁴.

3.4 Déficit en el nivel microinstitucional

3.4.1 Recursos financieros

El PMI tradicional tiene un financiamiento total a través de fondos federales. En cambio, el PROMIN presenta un financiamiento mixto: a) un componente muy importante de préstamos de organismos multilaterales de crédito – principalmente el Banco Mundial y el BID y el PNUD para asistencia técnica – y; b) otro componente de fondos federales (con proporciones variables de fondos provinciales y federales). Los recursos del PROMIN son comparativamente mayores que los del PMI.

33 Niveles relativamente altos de continuidad corresponden al personal profesional y técnico en la UCP durante el primer tramo del PROMIN (1993-1999) y continúan en el tramo posterior hasta finales de los noventa. Sin embargo, niveles gerenciales y de dirección se modifican por lo menos una vez durante el primer tramo de operaciones y, por supuesto, luego del 2000 con los cambios en la administración central del gobierno. Luego de cambios gubernamentales en el 2000, algunos ex-gerentes de la UCP permanecen en contacto con actividades del programa UCP– ej. como consultores externos – y la gran proporción del personal técnico y de apoyo de la UCP permanecen en el programa a pesar de los cambios en la administración federal.

34 El documento apunta tanto a la capacitación como a las capacidades profesionales para las diversas jurisdicciones y dentro de las propias instituciones. Dicha heterogeneidad genera una reducción de las capacidades analíticas y operativas en los sistemas de información y, por lo tanto, la falta de credibilidad en relación a información de base a los resultados de los PMIs (UNICEF, Argentina 1992: 42).

En relación a un análisis de costos de los PMIs, en Argentina no existen estudios para evaluar a dichos programas en función de los costos y la efectividad del gasto, por lo menos hasta finales de los noventa. Con respecto al PMI, varios factores explican parcialmente esta ausencia: oscilaciones recurrentes de los presupuestos federales anuales aprobados (que han sufrido, por lo general, reducciones periódicas luego de haber sido aprobados oficialmente); variaciones con respecto a la proporción de fondos efectivamente asignados y gastados y; problemas asociados con las estimaciones de beneficiarios efectivos del programa. Con respecto al PROMIN, nuevamente no existe para esta década un estudio de costo/eficiencia del programa. Recién desde el 2000, el programa comienza a desarrollar un análisis de costos del programa para áreas piloto específicas (como Oberá, Bariloche, y Pilar). Dicha carencia se justifica, según algunos evaluadores del programa debido a la complejidad de las actividades del mismo (tales como, infraestructura, asistencia técnica, capacitación) cuyo costo *per capita* es muy difícil de estimar. Asimismo, se postula que los efectos universales indirectos (más allá de los beneficiarios específicos del programa) también dificultan las estimaciones de costos y las tornan más complejas.

Algunos estudios más generales sobre programas nutricionales documentan costos de cincuenta centavos de dólar (a valor equivalente de uno a uno, peso-dólar) por persona, por día gastado en programas de nutrición a nivel nacional (Golbert y Lumi 1996; Britos, 1998, entrevista; O'Donnell y Carmuega 1999). Basándose en esta estimación, el costo anual *per capita* equivaldría a un valor alrededor de ciento ochenta y dos pesos/dólares³⁵.

4. Conclusiones: viejos y nuevos programas de salud y nutrición materno infantil

El análisis de las brechas entre objetivos y capacidades institucionales para el caso de los PMIs en Argentina nos remite a una de las cuestiones iniciales de este artículo. En virtud del análisis histórico de la implementación de los PMIs, se observan la apelación a ambas alternativas para superar las brechas entre objetivos y capacidades: el ajuste de objetivos de acuerdo a las capacidades existentes (lo que supone un cambio cualitativo de los objetivos originales) y el incremento de las capacidades institucionales para posibilitar el cumplimiento de los objetivos. En el primer caso, se dificulta la implementación del PMI tradicional a lo largo de los años debido a las deficiencias de capacidades macro y micro institucionales que obstaculizan el logro de los objetivos planteados y, de esta manera, transforman de hecho los objetivos

35 El PMI de Chile, PNAC, presenta costos per capita anuales que oscilan entre veintinueve a cuarenta y un dólares, según diversas evaluaciones realizadas en los ochenta y a principios de los noventa. Este monto es considerablemente inferior a las aproximaciones para Argentina (incluso cuatro veces menores que el costo argentino).

programáticos subordinados a tareas de corto plazo. En el segundo caso, el diagnóstico de la situación materno infantil a comienzos de los noventa y la creación del PROMIN expresa la voluntad política y los recursos necesarios para incrementar las capacidades institucionales y así favorecer la realización de los objetivos programáticos de los PMIs en el mediano y largo plazo.

A pesar de los elevados niveles de inversión y de la ostensible solidez del PROMIN durante los noventa, los esfuerzos por mejorar la salud y la nutrición a nivel nacional se extendieron a lo largo de toda una década sin alcanzar grandes logros. El problema central, sin embargo, reside no tanto dentro del programa mismo sino en el núcleo de la red de la política social argentina. En primer lugar, el hecho de que el programa no haya reemplazado completamente al antiguo PMI, el cual está aun en funcionamiento aunque con recursos presupuestarios extremadamente reducidos y con una pérdida considerable de personal y recursos técnicos de prestigio, repite algunas de las fallas recurrentes de la política social argentina: programas sociales sin coordinación, fragmentados a nivel nacional, con gran superposición y en competencia.

En segundo lugar, a pesar de la idea inicial de una coordinación integral entre el PMI y el PROMIN, la efectiva coordinación de los dos programas tuvo serias dificultades para materializarse. Sólo en el marco de la nueva administración (hacia el 2000), el gobierno creó oficialmente la "Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales", bajo la autoridad del Ministerio de Salud (Secretaría de Hacienda, 2000: 275). A nivel provincial, la coordinación de los dos programas también ha atravesado una situación confusa que ha dependido en mayor medida de las condiciones políticas e institucionales locales que de una iniciativa nacional.

La considerable superposición de actividades combinada con la falta de cobertura de un sector significativo de la población (excluido de hecho de los dos programas) demuestra la escasa capacidad administrativa y la ineficiencia del Estado argentino en lo que refiere a la implementación de programas sociales. Esto es más serio en el marco de la profunda crisis socioeconómica que atraviesa la Argentina desde inicios del 2000. Ella lleva casi directamente al descenso de las condiciones nutricionales y de salud de las mujeres embarazadas, las mujeres en edad fértil y de los niños, en efecto, toda la población a la que se orientan los PMIs. Este escenario presenta también un desafío: ¿cómo generar respuestas en la forma de política pública para aliviar esta situación?

Chile enfrentó un desafío similar durante la profunda crisis social, política y económica de mediados de los 70'. Sus respuestas a la crisis pueden brindar una perspectiva acerca de cómo las naciones responden a las crecientes demandas de la población. La respuesta chilena surgió de un largo proceso histórico, en contraste con otros regímenes políticos autoritarios y democráticos, y diferentes escenarios internacionales. Además, la continua tradición de la

implementación de política social a través de los PMI en Chile, apoyada por un Estado relativamente autónomo, llevó a la “Paradoja chilena”: una evolución positiva en los indicadores de mortalidad infantil, a pesar de las crisis económicas y el descenso del financiamiento de las prestaciones sociales públicas.

La crisis actual de la Argentina difiere de la chilena en sus puntos de partida, herencias de la implementación de la política social y, en conjunto, por las capacidades y autonomía estatales.

Es posible que retomemos la paradoja de las reformas neoliberales (Kahler, 1990) tal como la plantea Grindle en la introducción de su estudio sobre capacidades (1997): con el propósito de desmantelar al Estado (o al menos reducirlo a su mínimo, de carácter subsidiario) es necesario un estado que cuente con fuertes capacidades institucionales tanto para regular y para mantener al “libre mercado” como para brindar una red de protección social suficiente para sostener la viabilidad política de las reformas neoliberales. Actualmente, la Argentina sufre de una combinación de capacidades estatales históricamente débiles y de secuelas de una década de regulación neoliberal. Un Estado desfinanciado, amenazado con el desmantelamiento, puede ser especialmente incapaz de prestar las soluciones de política social necesarias para esta emergencia económica y social y, en particular, agudizar las brechas entre objetivos y capacidades institucionales preexistentes.

Referencias Bibliográficas

- AGN. (Auditoría General de la Nación). ca.1994. *Programa Materno Infantil. Programa 18. Ministerio de Salud y Acción Social. Plan de Auditoría Proyectada*. Mimeo.
- . 1995 -1998. *Auditoría de Aplicación de Fondos Nacionales por Transferencias Correspondientes al Programa de Salud Materno Infantil. Provincias auditadas: Santa Fe (1994-1996); La Pampa (1994); San Juan (1994-1996); Entre Ríos (1994); Jujuy (1994-1995); Neuquen (1994); Salta (1994-95); Corrientes (1995); Mendoza (1994); Río Negro (1996); Santiago del Estero (1996-97); Misiones (1996); Formosa (1996-97); Chaco (1996-97)*. Buenos Aires: AGN.
- Albáñez Barnola, T., M. Colmenares y C. Acuña. 1998. *Una Mirada al PROMIN. Programa Materno Infantil y Nutrición. Misión de Revisión y Análisis Externo*. Buenos Aires. Mimeo.
- Aráoz Alfaro G. 1936. *Por Nuestros Niños y por las Madres. Protección, Higiene y Asistencia Social*. Buenos Aires: Cabaut y Cia.
- Barker, K. 1997. Federal Maternal Policy and Gender Politics. *Journal of Women's History* 9 (2): 183-191.
- Belmartino, S. 1991. Políticas de salud en Argentina. Perspectiva Histórica. *Cuadernos Médico-Sociales* 55:13-33.
- Bianco, M. 1984. Programa Alimentario Nacional (PAN). *Medicina y Sociedad*, 7 (3): 85-89.
- Biernat, C. y K. Ramacciotti. 2005. *La Tutela Estatal de la Madre y el Niño: Estructuras Administrativas y Elencos Burocráticos (1936-1952)*. Buenos Aires, Mimeo.
- Britos, L. 1998: Entrevista al Lic. Sergio Britos, Nutricionista, Coordinador de la Comisión Mixta PROMIN - PMI; consultor externo, PROMIN. (9 de noviembre, 1998).
- Cecilini, S. 1999. Evaluaciones Sociales de la Auto Percepción de la Población Pobre Argentina. *Página 12*, 1 de junio de 1999: 2.
- DNMI. (Dirección Nacional Materno Infantil). 1988. *Complementación Alimentaria del Programa Nacional de Maternidad e Infancia con énfasis en la rehabilitación nutricional*. Buenos Aires: DNMI.
- .1996. *Manual Metodológico de Capacitación del Equipo de Salud en Crecimiento y Nutrición de Madres y Niños*. Buenos Aires: República Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud.
- Dieguez, H., J. Llach, y A. Petrecolla. 1991. *Gasto Público Social: Nutrición y Promoción Social*. Buenos Aires: PRONATASS, Vol. V (Gob. Argentino/BIRF/ PNUD/ ARG. 88/005).
- Dinardi, G. y E. Olle. 1987. *Descripción de los Programas del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, República Argentina.
- Fundación Grupo Sophia. 2002. PROMIN. Documento de trabajo interno. Buenos Aires.
- Giraldez, R. y V. Ruiz. 1997. Evaluando por Productos. Decisiones y Acciones en la Búsqueda de un Programa Social más Eficiente. En *La Eficiencia del Gasto Social*. Editado por en Capitanich, J., R. Giraldez, y V. Ruiz. Buenos Aires: ADEBA.
- Golbert, L. 1996. *Viejos y Nuevos Problemas de las Políticas Asistenciales*. Buenos Aires: CECE.
- Golbert, L. y S. Lumi. 1996. *Proyecto: Programas sociales focalizados. Informe Final*. Buenos Aires: Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP). Mimeo.

Grassi, E. S. Hintze, y M.R. Neufeld. 1994. *Políticas Sociales. Crisis y Ajuste Estructural*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Grindle, M. S. (Ed.). 1997. *Getting Good Government. Capacity Building in the Public Sectors of Developing Countries*. Cambridge: Harvard University Press.

Grosh, M.E. 1992. From Platitudes to Practice: Targeting Social Programs in Latin America. *Report No. 21*. Washington D.C.: World Bank.

----- . 1994. *Administering Targeted Social Programs in Latin America: "From Platitudes to Practice"*. Washington, D.C.: World Bank.

- Hilderbrand, M. y M. Grindle. 1997. Building Sustainable Capacity in the Public Sector: What Can Be Done?. En *Getting Good Government. Capacity Building in the Public Sectors of Developing Countries*. Editado por Grindle, M. S. Cambridge: Harvard University Press.

Idiart, A. 2006. The Origins and Transformations of Infant-Maternity Health and Nutritional Programs in Argentina. Maternalism without Maternalists?. En *Maternalism Reconsidered: Mothers and Method in Twentieth Century History*. Editado por N.

Sanders, L. Weintrob y R.J. Plant, Book Series in International Studies in Social History. Amsterdam: International Institute for Social History-Berghahn Books.

----- .2002. *Neo-Liberal Experiments, State Reforms, and Social Policies in the 1980s and the 1990s. The Cases of Argentina and Chile*. Ph.D. Dissertation (Sociology), Department of Sociology, Emory University, Atlanta.

Kahler, M. 1990. Orthodoxy and Its Alternatives: Explaining Approaches to Stabilization and Adjustment. En *Economic Crisis and Policy Choice*. Editado por Nelson, J. M. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

La Nación. 2002. Falla la Coordinación de los Programas. *La Nación* (Buenos Aires), Suplemento Solidario, Junio 1: 5.

Lumi, S., L. Golbert, y E. Tenti. 1992. *La Mano Izquierda del Estado. La Asistencia Social según los Beneficiarios*. Buenos Aires: CIEPP-Miño y Dávila Editores.

MASySP (Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública). 1961. *Salud Pública y Bienestar Social*. Buenos Aires: MASySP

----- . 1966. *Política Sanitaria y Social*. Argentina: Poder Ejecutivo Nacional, Buenos Aires (Octubre 12, 1963 - Diciembre 31, 1965).

MBS (Ministerio de Bienestar Social). 1970. *Políticas y Estrategias Para El Sector Salud*. Buenos Aires: Republica Argentina, Secretaría de Estado de Salud Pública.

Ministerio de Salud y Acción Social. 1993. Programa Materno Infantil y Nutrición –PROMIN. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social.

Moreno, E. ca.1974. Reportajes. El Plan Nacional de Salud Materno Infantil. Entrevista a la Dra. Elsa Moreno, Directora Nacional de Salud Materno-Infantil. *Administración Hospitalaria* 11 (11) :8-10,.

Novick, S. 1993. *Mujer, Estado y Políticas Sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

O'Donnell, A., and E. Carmuega (coord.). 1999. *Salud y Calidad de Vida de la Niñez Argentina*. Buenos Aires: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI).

Pérez Esquivel, L. 1998. *Los Santos Inocentes: ¿Entre Herodes y Cesar?*. Buenos Aires. Mimeo.

Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. 1995; 2003. *Estadísticas Vitales. Información Básica*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social.

Pressman, J. L. y A. Wildavsky. 1998. *Implementación. Cómo Grandes Expectativas Concebidas en Washington se Frustran en Oakland* México: Fondo de Cultura Económica.

Secretaría de Hacienda. 1992-2000. *Cuenta de Inversión*. Buenos Aires: Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos.

SIEMPRO.2000. *La Situación de la Infancia: Análisis de los Últimos Diez Años*. Buenos Aires: Subsecretaría de Desarrollo Social, Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente.

SIGEN (Sindicatura General de la Nación). 2000. *Ministerio de Salud. Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN II). Informe de Auditoría*. Buenos Aires: SIGEN.

Sojo, A. 1990. Naturaleza y selectividad de la política social. *Revista de la CEPAL* 41 (Agosto): 183-199.

Tenti, E. 1987. Políticas de Asistencia y Promoción Social en la Argentina. *Boletín Informativo Techin* 248 (Julio-Agosto): 73-128.

UNICEF. 1992. *Proyecto Materno-Infantil y Nutrición*. Documento de Base Preliminar. Buenos Aires PROMIN. Mimeo.

----- .1999. *Estado Mundial de la Infancia 1999*. Washington D.C.: UNICEF.

United Nations. 1966. *Demographic Yearbook/Annuaire Demographique*. New York: United Nations..

Vidart, G. et al. 1995. *Informe de Evaluación. Programa Materno Infantil y Nutrición. PROMIN*. Buenos Aires: PROMIN.

Williamson, J. 1990. *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?*. Washington, D.C.: Institute for International Economics.

World Bank. .1993. *Maternal and Child Health and Nutrition Project*. Staff Appraisal Report No. 11790-AR. Buenos Aires: World Bank.

----- . 1997. *World Development Report: The State in a Changing World*. Washington D.C.: World Bank.

----- 1998. *Maternal and Child Health and Nutrition Project*. LN 3643-AR, Mid-Ter Review. Washington D.C.: Human Resources Operations Division. Country Department IV, Latin America and the Caribbean Region Office.

Alma Idiart es Socióloga graduada de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), completó su maestría (MA) y doctorado (PhD) en Sociología en la Universidad de Emory (Atlanta, EE.UU). Se especializa en Economía Política y Sociología Política Comparadas. Es investigadora asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina. Es profesora investigadora en la Escuela de Política y Gobierno de la Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires, Argentina.

E-mail : aidiart@unsam.edu.ar