

Política alimentaria reciente en Latinoamérica

Programas alimentarios, canasta básica y bienes no alimentarios en la Argentina

Autor

Mario Poblete
mpoblete@bcn.cl

Nº SUP: 134537

Resumen

Las políticas alimentarias en América Latina han transitado desde un énfasis en atender el hambre que puede padecer la población, asistiendo a estos grupos de población de manera focalizada, hacia uno basado en políticas de higiene alimentario focalizado en la producción y consumo masivo de alimentos. Esto en gran medida ocurre al observar dos políticas alimentarias recientes en la Argentina. En 2003, se implementa el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) que se sustenta en los problemas de hambre de cierta parte de la población, convirtiéndose en un programa paliativo, asistencial y focalizado en la vulnerabilidad.

En cambio, el Programa Nacional de Alimentación Saludable (PNAS) de 2009, se basa en un enfoque de seguridad alimentaria como un derecho, universal, convirtiéndose en un programa de salud alimentaria más integral que el anterior.

Sin embargo, a pesar de este giro que busca una mejora de la calidad de alimentación de toda la población que vive en territorio argentino, persisten ciertos problemas asociados a la determinación de los productos, tanto de la canasta básica alimentaria (CBA) como de la canasta básica total (CBT), que corresponde a la CBA más bienes y servicios no alimentarios básicos.

En efecto, en 2018, se introdujeron mejoras recientes para considerar los problemas alimenticios de la población celiaca –intolerancia digestiva del gluten, presente en diversos alimentos como trigo, avena, cebada y centeno–; sin embargo, aún la CBA está al debe con la nutrición de las personas mayores, entre otros factores, porque, según ciertos autores, esta no rescata adecuadamente las necesidades nutricionales de este grupo poblacional.

En lo que respecta a los productos no alimentarios de la CBT, existe un déficit respecto de poder considerar dentro de esta, por ejemplo, más productos relacionados con la higiene menstrual, corrigiendo de esa manera el sesgo de género que la canasta básica podría estar reproduciendo.

Índice

Introducción: políticas alimentarias en América Latina.....	2
I. Programa Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) 2003.....	4
II. Programa Nacional Argentina Saludable (PNAS) 2009.....	6
III. A modo de conclusión: el rol de la Canasta Básica en la Argentina y su adecuación a los distintos segmentos de la población	8
Anexo	10
Referencias generales.....	11
Referencias normativas	12

Introducción: políticas alimentarias en América Latina

Las políticas alimentarias en Latinoamérica se han basado en el concepto de ‘seguridad alimentaria y nutricional’, el cual, por su parte, ha adquirido diversas definiciones a lo largo de los años. Habiendo comenzado a ser utilizado durante la década del noventa, el concepto hacía principalmente referencia al desafío de la erradicación del hambre; para luego, ya en los 2000, apuntar a la problemática más amplia de derecho humano a una alimentación saludable. Esto es: el acceso a una cantidad adecuada de alimentos de calidad; pero también abordando cuestiones como la preservación del medio ambiente en la producción de estos. Asimismo, estas nuevas dimensiones del concepto han sido incorporadas, de una u otra manera, a las políticas alimentarias de diversos países de la región (Le Coq *et al* 2021: 9-10).

En efecto, a la base de la construcción de políticas alimentarias surge la observación de que “(...) los problemas de desnutrición o la malnutrición no se deben tanto a la falta de alimentos como a los problemas de acceso a alimentos inocuos y nutritivos” (Ibíd. 10). Por ello que muchas de las políticas en este ámbito han apuntado a mejorar la distribución y subsidiar los precios de los mismos¹. En otras palabras, lo que se ha buscado es combatir el hambre y la malnutrición a través de bajar el costo alimentario a poblaciones vulnerables, junto con estimular la producción de alimentos baratos y de calidad (Ibíd.).

Sin embargo, en este contexto, datos de poco antes del comienzo de la pandemia indican que los problemas de hambre y malnutrición persisten en el continente. Un ejemplo de ello es Brasil, con niveles de desnutrición que afectan a más de 5 millones de personas en 2017 (Ibíd.). Pero, por otro lado, se ha experimentado, en otras zonas de la región, una transformación de las dietas en conjunto con la disminución de la actividad física, provocando un rápido aumento de la obesidad, como en México o en el propio Brasil. Así, por ejemplo, en Chile y en México la obesidad alcanza a dos tercios

¹ Ejemplos de ello son el programa “Fome Zero” (Hambre Cero) de 2003, que busca la erradicación del hambre y la pobreza extrema en Brasil; o bien el Programa Nacional de Alimentación (PNA) en Nicaragua, que buscan aumentar el suministro de alimentos básicos mejorando el acceso a alimentación saludable. “Además, países como Brasil, Colombia, Uruguay y Ecuador también han aplicado políticas para la adquisición pública de alimentos para su redistribución en comedores escolares e instituciones públicas para personas vulnerables” (Le Coq *et al* 2021: 10).

de mujeres y a la mitad de los hombres. Las causas de ello están asimismo asociadas a otros problemas de salud pública como son “(...) las altas tasas de diabetes, hipertensión y otras enfermedades que afectan cada vez más a las poblaciones de América Latina” (Ibíd.).

Otro aspecto característico de las políticas alimentarias en América Latina tiene que ver con una focalización en la inocuidad, descuidando el aspecto referido a lo sano de los alimentos. En efecto, según señalan Le Coq *et al* (2021: 11) “(...) la producción de alimentos a gran escala se ha beneficiado de los cambios en las normas de inocuidad de los alimentos, porque, hasta ahora, estas se han centrado en una visión higiénica y estadística de los riesgos de contaminación” (Ibíd.). Sin embargo, esta estandarización higiénica “(...) ha excluido efectivamente de las políticas alimentarias sostenibles a una gran parte de los productos no industrializados de la agricultura familiar” (Ibíd.). De todas formas, han surgido voces que se manifiestan “(...) a favor de la agroecología, la alimentación sostenible y la reubicación de la oferta de alimentos, con especial atención a la acción pública para fortalecer la contribución de las nuevas formas de producción agrícola en pequeña escala (agroecología, agricultura urbana y periurbana, agricultura familiar) a la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares más pobres” (Ibíd. 12).

Bajo este marco general latinoamericano, el presente informe se focaliza en describir las políticas alimentarias recientes en la Argentina. Así, en la primera sección, se analiza el caso del Programa Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA). En la segunda sección, por su parte, se describe el Programa Nacional Argentina Saludable (PNAS). Finalmente, a modo de conclusión, se menciona el rol que tienen las ‘canastas básicas’ en los programas alimentarios, junto con relevar ciertas limitantes de dicho instrumento en el caso argentino.

I. Programa Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) 2003

El PNSA fue creado en 2003 e impulsado por organizaciones de la sociedad civil bajo una coordinación denominada ‘El hambre es más urgente’, quedando consignado en la Ley N° 25.724. Tuvo por objetivo abordar el problema de acceso a los alimentos, es decir, enfrentando el precio y la capacidad de compra de estos, así como también: la “monotonía alimentaria; desnutrición aguda, crónica, malnutrición (sobrepeso y obesidad)” (Aranguren *et al* 2021: 284), junto con buscar solucionar carencias específicas de hierro, calcio, vitaminas. Cabe indicar también que el PNSA se implementó en un contexto de crisis social y política en Argentina que había comenzado en 2001. Así, el objetivo que asumió el programa fue “(...) posibilitar el acceso de la población en situación de vulnerabilidad social a una alimentación complementaria, suficiente y acorde a las particularidades y costumbres de cada región del país” (Ibíd.).

El programa fue del tipo de una política pública focalizada (no universal) que apuntaba a “(...) familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Niños hasta 14 años, embarazadas y adultos mayores de 70 años (prioritarios: mujeres embarazadas y niños menores de cinco años)” (Ibíd. 285). Sus líneas de acción, a su vez, fueron:

- “Diseñar estrategias; fijar criterios de acceso, permanencia y mecanismos de control en el programa.
- Asegurar la equidad en las prestaciones y cuidado de la salud.
- Implementar programa de educación alimentaria.
- Establecer sistema permanente de evaluación de estado nutricional de la población” (Ibíd.).

Respecto de qué repartición la implementa, se encuentra el Ministerio de Desarrollo Social (MDS). No obstante, durante su creación, también se contó con la participación del Ministerio de Salud. La modalidad de gestión fue “(...) Descentralizada a las provincias y municipios: transfiere fondos a las provincias y brinda asistencia técnica a los equipos provinciales y capacitaciones; intenta articular todos los programas nacionales existentes y realizar una base única de la población objetivo” (Ibíd.). Pero también existió una coordinación del programa que recayó sobre la ‘Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación’, la cual debió articular diferentes áreas de la política pública, a saber: Desarrollo Social, Salud, Educación, Economía, Trabajo, Empleo y formación de Recursos Humanos, Producción y Organizaciones no gubernamentales. Asimismo, hubo articulación con otros programas existentes a la fecha². Esto se daba en cada provincia de la Argentina con el “(...) asesoramiento de entidades científicas, universidades, organizaciones asistenciales y eclesíásticas” (Ibíd. 286). Cabe también consignar que hubo actores ausentes en la construcción de esta política, como fueron: “(...) cámaras empresariales agroindustriales, que no participaron expresamente en las audiencias públicas, previas a la sanción de la ley” (Ibíd.).

² Los programas con los que se articula son: “Pro-Huerta (INTA/MDS) Plan de Desarrollo Local y Economía Social “Manos a la Obra” Plan familias para la inclusión social (MDS), Plan jefe/as de hogar, Trabajar, Jóvenes y primer trabajo, Monotributo social, Asignación Universal pro Hijo y por Embarazo (AUH, AUE), Disminución de IVA y Precios cuidados en alimentos de la canasta básica” (Aranguren *et al* 2021: 287).

Dentro de los tipos de prestaciones estaban, evidentemente, las alimentarias, pero también de prevención comunitaria y escolar. Entre estas se cuentan la entrega de alimentos a través de “(...) bolsones, ticket, tarjetas alimentarias, comedores escolares y comunitarios” (Ibíd.), pero también se realizaron acciones educativas y capacitaciones en términos alimentarios (Ibíd.).

Además, se crearon una serie de herramientas de vigilancia y control, así como de capacitación, entre las que se pueden mencionar:

- “Nuevas Guías Alimentarias para la Población Argentina (óvalo).
- Cursos de Formación de Multiplicadores realizados fundamentalmente por nutricionistas (concepción médica hegemónica).
- Capacitaciones en huerta, granjas y elaboración de alimentos en escuelas, instituciones y comunidad (programa Pro Huerta INTA/MDS)” (Ibíd. 287).

El mecanismo de evaluación se basó en el monitoreo del “cumplimiento de distintos indicadores Unidades de Auditorías Internas (UAI) del MDS, de la Sindicatura General de la Nación (SIGEN), de la Red Federal de Control Público, y de la Auditoría General de la Nación (AGN)” (Ibíd.).

El financiamiento de este programa quedó radicado en el Fondo Especial de Nutrición y Alimentación Nacional, integrándose con las partidas presupuestarias anuales del Presupuesto Nacional.

II. Programa Nacional Argentina Saludable (PNAS) 2009

El PNAS se creó bajo la Ley N° 26.396, por iniciativa del Ministerio de Salud, basándose en el diagnóstico entregado por encuestas sobre salud en Argentina, junto con recomendaciones de la OMS sobre hábitos de consumo saludable, globalización alimentaria, entre otros. Cabe agregar que el contexto del surgimiento de la ley se dio en el marco de la “(...) detección de problemas nutricionales, déficits de nutrientes, particularmente en las poblaciones más pobres. Anemia nutricional, baja talla y aumento del sobrepeso y la obesidad. Problema en el acceso, en la distribución (inequidades) y en el consumo (hábitos alimentarios); aumento sostenido de las enfermedades relacionadas con las enfermedades no transmisibles” (Ibíd. 284). Así, el objetivo de esta ley es “(...) promover y adoptar hábitos alimentarios saludables, modos de vida activos, controlar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la mal-nutrición” (Ibíd.). Además de ello, esta ley se propuso “(...) formular políticas públicas, realizar cambios institucionales, adoptar estrategias de comunicación y llevar a cabo investigaciones relacionadas con los regímenes alimentarios y la actividad física” (Ibíd.).

Este programa está dirigido a la población en general, buscando la promoción de hábitos saludables en toda la población, promocionando entornos saludables. También apuntó a la regulación de productos y servicios alimentarios. Al igual que el órgano patrocinante de la ley, fue el Ministerio de Salud la autoridad encargada de su aplicación, siendo esta centralizada a través de “(...) convenios marco con los actores involucrados en las mesas de negociación y descentralizada en jurisdicciones subnacionales” (Ibíd. 285).

La entidad encargada de coordinar el programa fue la Comisión Nacional de Prevención y control de las Enfermedades no Transmisibles. La cual se articuló con los ministerios de Salud, Educación, Desarrollo Social, Economía y Finanzas Públicas; además del: “(...) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados, Superintendencia de Servicios de Salud, Universidades, Sociedades y otras instituciones y actores vinculados con la problemática” (Ibíd. 286). Asimismo, estableció una serie de convenios marco con “(...) la industria, cámaras empresariales y Ministerio de Agricultura” (286) y levantó mesas de trajo para la reducción de consumo de: sal, grasas trans y azúcares; junto con impulsar el etiquetado frontal, entre otras medidas (Ibíd.).

Las prestaciones que este programa realiza son: “promoción de hábitos saludables; realización de campañas de comunicación sobre control del tabaquismo, alimentación saludable y vida activa; realización de proyectos educativos en distintos niveles de enseñanza, estudios de factibilidad de reducción/sustitución de sodio, azúcares y grasas trans en alimentos procesados de alto consumo; acuerdos con la industria de alimentos para la reducción de contenidos de sodio, azúcares y eliminación de las grasas trans” (Ibíd.).

Este programa de política pública también contó con programas complementarios, como son: la campaña “Argentina libre de grasas Trans”; la campaña “Menos Sal más Vida” (que desemboca en la Ley de la sal de 2013); los convenios con el gremio panadero; fortificación de alimentos que son consumidos masivamente, esto es harinas, sal, leches del programa materno infantil, entre otros (Ibíd. 287).

Las herramientas que el programa desarrolló para aspectos como la vigilancia y las capacitaciones fueron las Nuevas Guías Alimentarias para la Población Argentina, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENNFR, 2005, 2009, 2013, 2018); la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNy S, 2007, 2019); la Encuesta Mundial Salud Escolar (EMSE, 2012, 2019); entre otros. Mientras que los mecanismos de evaluación se basaron en el Seguimiento del cumplimiento de indicadores establecidos por el programa y otros instrumentos aplicados por el Ministerio de Salud (Ibíd.).

Finalmente, el financiamiento se basó en “(...) partidas presupuestarias asignadas al MNS, partidas especiales asignadas por Ley y eventualmente Organismos Internacionales y otras instituciones” (Ibíd. 288).

III. A modo de conclusión: el rol de la Canasta Básica en la Argentina y su adecuación a los distintos segmentos de la población

Hasta este punto se han descrito dos programas recientes de política alimentaria en la Argentina, previos a la pandemia por COVID19. El primero de ellos, el PNSA de 2003, combina el concepto de seguridad alimentaria basada en falencias de hambre de cierta parte de la población. Si bien tiene un enfoque de derechos, este programa es solo paliativo y asistencial, focalizado en grupos poblacionales más vulnerables. En cambio, el PNAS de 2009 se basa en un enfoque de seguridad alimentaria como un derecho, pero dirigido a toda la población, es decir, universal, convirtiéndose en un programa de salud alimentaria más integral (Ibíd.).

Ahora bien, si nos preguntamos qué relación tienen las canastas básicas con las políticas alimentarias, se puede señalar que estas son un instrumento metodológico "(...) que provee un referente monetario sobre el costo de adquirir los alimentos que satisfacen las necesidades de alimentación" (García 2022). En particular, la 'canasta básica alimentaria' (CBA) en la Argentina se define como: "el conjunto de alimentos y bebidas que satisfacen requerimientos nutricionales, kilocalóricos y proteicos, cuya composición refleja los hábitos de consumo de una población de referencia, es decir, un grupo de hogares que cubre con su consumo dichas necesidades alimentarias" (INDEC 2020: 5).

Muy escuetamente, para la CBA, luego de estimar las necesidades energéticas de esa población de referencia, "(...) se define una unidad de referencia, a saber, un varón adulto de entre 30 y 60 años con actividad física moderada, al que se le asigna el valor 1 y que recibe el nombre de 'adulto equivalente'" (Ibíd.). Luego, se calculan las relaciones entre las necesidades de energía de cada unidad consumidora del hogar, de acuerdo con el sexo y la edad de cada miembro, en relación con ese adulto equivalente (Ibíd.).

Entonces, estableciendo la CBA, se accede a definir la canasta básica total (CBT), que corresponde a la CBA más bienes y servicios no alimentarios, como son: vestimenta, transporte, salud, vivienda, entre otros; así la CBA se establece como la referencia de la línea de indigencia, mientras que la CBT corresponde a la línea de pobreza (Ibíd. 7-8). Y si bien la canasta básica en la Argentina busca recoger las diferencias de edad y género al utilizar ponderadores según sea el caso (véase Anexo con los ponderadores), solo recientemente se están considerando cuestiones vinculadas con alergias alimentarias u otras enfermedades asociadas, y sin abordar de manera más íntegra, por ejemplo, la necesidad de implementos sanitarios específicos según género o necesidades nutricionales específicas de personas mayores.

Por un lado, si consideramos la CBA, hacia fines de 2018, la Ley N° 27.196 junto con sus modificaciones establecieron "(...) la obligatoriedad por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga de cubrir las harinas y premezclas u otros alimentos industrializados certificados como libres de gluten" (Ministerio de Salud 2018). Así, durante el año 2018, "la Secretaría de Gobierno de Salud trabajó junto al INDEC en la validación de la selección de productos libres de gluten utilizados para la realización del nuevo cálculo del beneficio. Los productos que se sustituyeron fueron pan, galletitas de agua, galletitas dulces, harina de trigo, otras harinas, fideos y condimentos" (Ibíd.).

Sin embargo, si bien hace pocos años ya se consideran las restricciones alimentarias de personas celiacas, persistirían problemas para el caso de personas mayores. En efecto, de acuerdo Durán *et al* (2019), la CBA en la Argentina no consideraría de manera adecuada los requerimientos nutricionales de este grupo poblacional. De acuerdo con este equipo de investigadores, y a pesar de que el INDEC diseñó la CBA considerando a individuos de diferentes edades, “(...) las necesidades energéticas y nutricionales de las personas mayores podrían no ser capturadas completamente a partir de la conversión al adulto equivalente” (Durán *et al* 2019: 98). La razón de ello radica en una serie de causas que convierten a este grupo poblacional en uno de los de mayor vulnerabilidad social, a saber:

- “(...) el envejecimiento modifica funciones del organismo que generan un aumento relativo de la masa grasa, situando a la persona mayor en riesgo de desnutrición debido a una ingesta insuficiente de macro y micronutrientes.
- (...) la manifestación de enfermedades agudas y/o crónicas, las alteraciones cognitivas y la dependencia funcional pueden aumentar el riesgo de desnutrición” (Ibíd.).

A lo anterior se le pueden agregar dos procesos sociales que son: la pérdida de redes sociales, especialmente, familiares; y la merma de los ingresos. Esta última, por ejemplo, tiene a la base el riesgo de caer en pobreza con un consecuente empeoramiento de la calidad de vida, cuestión que se puede agravar debido a los casos donde no se cuenta con pensión o esta es insuficiente (Ibíd.).

Por otro lado, si tomamos la noción de CBT, una de las falencias que se observan en bienes y servicios tiene que ver con elementos de higiene femenino. Como señalan Suárez Tomé y Mileo (2018), “(...) el costo asociado a la menstruación se extiende, en promedio, por un período de casi 40 años, que van desde la menarca hasta la menopausia. Dentro de este contexto, es necesario destacar que la menstruación hoy día constituye un factor de desigualdad económica” (Ibíd.). Pero, desde el Estado, señalan las autoras, “(...) no hay políticas de precios que colaboren a afrontar este gasto”. En efecto, “(...) la Canasta Básica, medida por el INDEC calcula el “costo” de ser mujer solamente para la información alimentaria basado en cantidad de calorías por franja etaria” (Ibíd.).

Así y todo, durante la Presidencia de Cristina Fernández, se implementó el Programa Precios Cuidados, a cargo del Ministerio de Economía, campaña lanzada en 2013, la cual buscaba contener los precios de la canasta básica. Sin embargo, estas mismas autoras observan que, para 2017, este plan de congelamiento de precios, que cubrió en su inicio más de 300 productos, consideraba: “(...) 15 opciones distintas de shampoos y 13 de desodorantes, pero solo una opción de productos de gestión menstrual: toallas higiénicas en empaque de 8 unidades (que no es la opción más conveniente)” (Ibíd.). Además, “(...) los productos de gestión menstrual pagan 21% de Impuesto al Valor Agregado (IVA), lo que constituye un impuesto regresivo y desigual: no solo tiene un mayor impacto negativo sobre personas de bajos recursos sino también sobre un sector particular de la población” (Ibíd.).

Anexo

Tabla 1. Unidades de adulto equivalente, según sexo y edad

Edad	Mujeres	Varones
Menor de 1 año	0,35	0,35
1 año	0,37	0,37
2 años	0,46	0,46
3 años	0,51	0,51
4 años	0,55	0,55
5 años	0,60	0,60
6 años	0,64	0,64
7 años	0,66	0,66
8 años	0,68	0,68
9 años	0,69	0,69
10 años	0,70	0,79
11 años	0,72	0,82
12 años	0,74	0,85
13 años	0,76	0,90
14 años	0,76	0,96
15 años	0,77	1,00
16 años	0,77	1,03
17 años	0,77	1,04
18 a 29 años	0,76	1,02
30 a 45 años	0,77	1,00
46 a 60 años	0,76	1,00
61 a 75 años	0,67	0,83
Más de 75 años	0,63	0,74

Fuente: INDEC, Dirección de Índices de Precios de Consumo.

Referencias generales

- Aranguren, C., Costa, A. M., Brieva, S., & Borrás, G. (2021). Políticas alimentarias en la Argentina: desafíos para una agenda de sistemas sostenibles con inclusión social. En Le Coq, Grisa, Guéneau y Niederle, *Políticas Públicas y Sistemas Alimentarios en América Latina*. Río de Janeiro: E-papers. Disponible en: https://agritrop.cirad.fr/599091/2/Miolo_PoliticAsAlimentares_ProvaFinal1.pdf
- Durán, F., H. Briatore, F. Mezzanotte, M. Geri, M. Elorza, N. Moscoso, L. Vásquez, M. Inchausti y E. Gutierrez (2019). “Canasta básica alimentaria para la persona mayor en Argentina”. *Revista Española de Nutrición Comunitaria* 25 (3): 97-105. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/NUTRICION_COMUNITARIA_3-2019_articulo_2.pdf
- García, N. (2022). “Composición de la Canasta Básica en Latinoamérica. Los casos de Argentina, Chile, Perú, Colombia, Brasil y Uruguay”. Documento de Asesoría Técnica Parlamentaria, *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33122/1/BCN_Canasta_basicas_en_paises_de_LatinoAmerica.pdf
- INDEC (2020). “Canasta básica alimentaria y canasta básica total”. *Notas al pie*, N° 3, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/preguntas_frecuentes_cba_cbt.pdf.
- Le Coq, J. F., Niederle, P., Grisa, C., & Guéneau, S. (2021). Políticas y sistemas alimentarios en América Latina: elementos de introducción. En Le Coq, Grisa, Guéneau y Niederle, *Políticas Públicas y Sistemas Alimentarios en América Latina*. Río de Janeiro: E-papers. Disponible en: https://agritrop.cirad.fr/599091/2/Miolo_PoliticAsAlimentares_ProvaFinal1.pdf
- Ministerio de Salud (2018). *Salud e INDEC definieron canasta básica de alimentos para celíacos*. 10 de diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-e-indec-definieron-canasta-basica-de-alimentos-para-celiacos>.
- Suárez Tomé, D., & Mileo, A. (2018). # MenstruAcción: aspectos de la socialización de conocimiento a través de una demanda colectiva a la gestión pública. En *V Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos y III Congreso Internacional de Identidades* (La Plata, 10 y 12 de julio de 2018). Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/94617>

Referencias normativas

Ley N° 25.724, Programa de Nutrición y Alimentación Nacional. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=F99A85D30494B015263017BE4773A846?id=81446>

Ley N° 26.396, Trastornos Alimentarios. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=144033>

Ley N° 26.905, Alimentos: Consumo de Socio – Valores Máximos. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=223771>

Ley N° 27.196, Salud Pública, modificación a ley N° 26.588. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=255225>

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)