

ALIMENTACION INFANTIL

La magnitud y trascendencia médico-social del Programa Nacional de Leche y las estructuras técnico-administrativas que su realización hace necesarias en términos de supervisión, evaluación e investigación y coordinación, son expuestas detalladamente en este trabajo. Se define y analiza el papel que le corresponde a Salud en una política alimentaria y nutricional. Un conjunto de tablas estadísticas objetivan diversos aspectos de la situación deficitaria de proteínas y calorías en la población infantil del país, el costo y financiamiento, modalidades de la distribución, etc.

Desde otro ángulo, se han destacado los hechos positivos, como la activa participación de la comunidad, pero también las limitaciones del Programa e incluso se han analizado las numerosas críticas, intencionadas o no, hechas al Programa.

Programa Nacional de Leche

*"Entregar medio litro de leche
a todos los niños de Chile".*

SALVADOR ALLENDE

GIORGIO SOLIMANO CANTUARIAS *
HUGO UNDA DIAZ **
ALFONSO ALVAREZ PRIETO ***

1. POLÍTICA DE SALUD.

Para comprender la fundamentación de este Programa es necesario conocer y tener perfectamente claros la concepción de salud del Gobierno y algunas de las bases doctrinarias que orientan su Política de Salud.

En el marco actual de nuestra sociedad, la salud es una necesidad de la población, uno de los bienes esenciales del hombre, considerada tanto individual como colectivamente. Necesidad que se consagra en el derecho de toda persona a la salud por encima de cualquier tipo de consideración (1).

Basándose en lo anterior es posible enunciar las bases doctrinarias para una política general de salud. La alimentación-nutrición no escapa a ellas, y podemos afirmar que representa una situación en la que los diferentes principios se dan en forma más completa e interactuante.

Algunos de los principios de la actual Política de Salud que orientan la realización de programas alimentarios y nutricionales, destinados a erradicar las enfermedades de la nutrición son:

1. La salud es un proceso dinámico de equilibrio inestable entre un individuo o comunidad y su medio ambiente.
2. Los factores condicionantes del nivel de

salud de una población pueden definirse como inmediatos, tales como susceptibilidad, actitud de la población y tecnología de salud; y como mediatos: medio ambiente, relaciones de producción, decisión política, etc. Ello define a la salud como un problema intersectorial y pone de relieve la necesidad de abordarlo simultáneamente para lograr un efectivo rendimiento.

3. El estado actual del conocimiento científico y tecnológico demuestra que el hombre posee los conocimientos necesarios para elevar los niveles de salud; es urgente por tanto, eliminar con rapidez las barreras que determina el subdesarrollo para poder aplicarlos eficiente e igualmente.

4. Debe modificarse la conducta de las personas frente a los elementos mágicos y míticos de la cultura de nuestras comunidades para aumentar el impacto de la medicina científica. En consecuencia, el cambio cultural y la educación son armas fundamentales de la acción de salud.

5. El principal recurso de salud es la propia

* Médico Jefe de la Sec. Nutrición. SNS.

** Médico Veterinario, Jefe de ONAC (Oficina Nacional de Alimentación Complementaria, Sec. Nutrición. SNS.

*** Educador Sanitario de la Sec. Nutrición. SNS.

comunidad. El equipo de salud representa un órgano especializado que debe estar al servicio de ella, al margen de consideraciones económicas, sociales e ideológicas que lo interfieran. Esto significa una adecuada relación paciente-personal de salud, así como la efectiva participación de todos en la solución de los problemas.

A partir de estos elementos generales debe diseñarse las políticas específicas de salud como parte de políticas intersectoriales más amplias que inciden directamente en los daños de salud. Tal es la situación de la Política Alimentaria y Nutricional (PAN).

2. POLÍTICA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (2)

La alimentación inadecuada y la desnutrición son problemas que afectan a amplios sectores de la población chilena. Sus efectos ayudan a explicar los altos índices de morbilidad y mortalidad en el niño y el insuficiente desarrollo físico (y posiblemente psicomotor) en los estratos económicamente inferiores de nuestra sociedad. Ello hace que los considerables recursos que Chile coloca en Salud Pública y Educación tengan un menor rendimiento que el esperado.

Aparte, y además de cualquier consideración económica y sanitaria, la satisfacción de las necesidades nutritivas y la demanda en alimentos constituyen una legítima aspiración de los pueblos y son en sí objetivos del desarrollo.

Las medidas que tienden a solucionar los problemas del inadecuado consumo de alimentos y de la desnutrición son complejas e interdependientes y deberán ser objeto de una definida Política de Alimentación y Nutrición (PAN). La formulación, ejecución y evaluación de los resultados de esta política necesitan de la participación multisectorial. Requiere también que esté incorporada de una manera explícita y con alta prioridad en los planes generales de desarrollo y que sus objetivos sean considerados en los planes sectoriales, especialmente en los agropecuarios y de pesca, industriales, de infraestructura, educación y salud.

Una PAN persigue dos objetivos principales, que si bien tienen áreas comunes, son en su esencia diferentes: Asegurar el buen estado nutritivo de la población y asegurar la satisfacción de las demandas de un abastecimiento alimentario que tiende a cambiar cuanti y cualitativamente con el mejoramiento del nivel de vida. El primer objetivo tiene un alcance principalmente biológico, mientras que el segundo reviste un carácter preferentemente social.

En este sentido es necesario definir claramente el papel que le corresponde a Salud dentro de una PAN a nivel nacional, así como su res-

ponsabilidad en la que hemos denominado Política Alimentaria y Nutricional en Salud.

La participación de Salud en la planificación intersectorial debe estar a nivel de la Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición y el Sector debe ser capaz de:

Informar sobre:

a) Estado Nutricional de la población; magnitud y naturaleza de los problemas nutricionales; su estratificación social, económica y geográfica.

b) Hábitos alimentarios. Influencias geográficas, socioeconómicas, urbano-rurales.

c) Magnitud y naturaleza de las demandas de alimentos generadas por los programas de alimentación que ejecuta. Uso que en ellos se hace (o podría hacer) de la ayuda internacional de alimentos.

d) Criterios usados por Salud en el control de alimentos, especialmente aquellos de importancia para la industria, importación y exportación.

e) Acciones programadas por Salud para la orientación y protección del consumidor, las condiciones sanitarias y riesgos epidemiológicos de los alimentos.

f) Necesidad de profesionales y técnicos en nutrición y alimentación para el Sector.

g) Posibilidades técnicas de aumentar el valor nutritivo de ciertos alimentos, de usar en la alimentación humana materiales hasta ahora no aprovechados, y sustituir ciertos alimentos por otros de valor biológico semejante.

h) Rendimiento de los programas de Salud en elevar el nivel nutricional y disminuir las tasas de enfermedades nutricionales.

Asesorar en:

a) Cálculo de las disponibilidades alimentarias, metas de consumo y abastecimiento por estrato socio económico, grupos etarios, distribución geográfica, etc.

b) Fijación de criterios para la exportación, importación y establecimientos de stock, precios y subsidios de los alimentos.

c) Orientación y educación del consumidor en nutrición y alimentación; educación en nutrición al escolar, etc.

d) Formación profesional y técnica.

e) Desarrollo de la industria alimentaria y conservación y comercialización de los alimentos.

f) Evaluación de los componentes de la PAN y del logro de sus objetivos, especialmente en lo relativo a mejorar el estado nutricional de la población.

g) Incorporar las recomendaciones de la PAN en las políticas, programas y acciones que desarrolla Salud.

Las tareas intrasectoriales de Salud en Nutri-

ción y Alimentación son aquellas que se relacionan con:

a) Promoción de un buen estado nutritivo y reducción de las tasas de enfermedades nutricionales, a través de medidas de fomento, protección y recuperación.

b) Organización, normalización, supervisión, asesoría e inspección de los servicios de Alimentación y Dietética.

c) Actividades en la organización, normalización, supervisión, asesoría técnica e inspección en los programas de alimentación de grupos no dependientes de Salud.

d) El control sanitario de los alimentos.

e) La protección y orientación del consumidor.

Planteadas en esta forma la responsabilidad de Salud en el área de Alimentación y Nutrición se puede definir el significado e importancia de los Programas Alimentarios, como una medida, dentro de las múltiples que deben adoptarse intra e intersectorialmente para fomentar un buen estado nutritivo de la población, prevenir la desnutrición en los grupos más expuestos y recuperar oportunamente a los individuos enfermos.

Así se planteó desde un comienzo el Programa Nacional de Leche (PNL) y sobre estas bases ha continuado implementándose y perfeccionándose.

Los programas alimentarios deben ir dirigidos al suministro de alimentos (generalmente leche), de buena aceptabilidad y de alto valor nutritivo a aquellos grupos en los cuales son frecuentes la subnutrición, principalmente lactantes y preescolares, embarazadas y nodrizas. Estos programas deben estar integrados con aquéllos de educación sobre el correcto uso de los alimentos suministrados.

3. SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL NACIONAL.

3.1. Disponibilidad de alimentos.

Los estudios efectuados en el último decenio sobre disponibilidad de alimentos utilizando "hojas de balance", son de difícil comparación debido al uso de diferentes fuentes de información, distintas metodologías y criterios de interpretación (3, 4, 5, 6).

Un último estudio (7) que calcula la disponibilidad de alimentos en el quinquenio 1965-1969, fijó la oferta promedio de Calorías y proteínas, por habitante y por día en 2.398 Cal. y 73,9 g, respectivamente.

La tabla 1 resume la contribución de los distintos grupos de alimentos a los valores antes mencionados. La tabla 2 compara la disponibilidad calórica y proteica per cápita y por día con las recomendaciones.

TABLA Nº 1

DISPONIBILIDAD DE CALORIAS Y PROTEINAS; AÑO PROMEDIO QUINQUENIO 1965-1969; TABLA RESUMEN GENERAL. CHILE.

GRUPO ALIMENTO	Hab./año Kg.	Hab./día g.	Calorías	Proteínas g.
Cereales	131,6	360,6	1.168,7	34,1
Leguminosas	6,5	17,8	61,5	3,7
Leche y derivados	109,6	300,4	168,8	9,8
Carne	24,1	66,2	97,2	13,6
Productos del mar	6,1	16,8	16,5	3,1
Huevo	5,6	15,2	22,5	1,7
Verdura	73,1	200,0	77,9	3,2
Papa	43,2	118,2	79,2	3,7
Fruta	48,2	132,2	61,8	0,8
Aceite y grasas	11,8	32,4	283,6	—
Azúcar	32,5	89,0	356,0	—
Misceláneas	0,5	1,4	4,6	0,2
TOTAL			2.398,3	73,9

TABLA Nº 2

DISPONIBILIDAD Y RECOMENDACIONES * DE CALORIAS Y PROTEINAS, CHILE (1965-1969)

Nutrientes	Disponibilidad	Recomendaciones
Calorías	2.398	2.400
Proteínas (g)	73,9	65

* Según FAO/OMS, 1971.

Si estas proteínas se distribuyeran en forma equitativa no debería existir problemas de desnutrición con déficit de proteínas. Sin embargo, se encuentra déficit en el consumo real, ya que estudios encuestales realizados en el decenio 1960-1970 en la población proletaria chilena así lo demuestran (8). Tablas 3 y 4.

TABLA Nº 3

DEFICIT DIARIOS DE PROTEINAS Y CALORIAS EN LA POBLACION PROLETARIA SEGUN ENCUESTAS. DECENIOS 1960-1970, CHILE

GRUPOS ETARIOS	Déficit × Hbts.		Población Proletaria (66,6%)	Déficit total diario	
	Prot. g.	Cal.		Prot. T.M.	Cal. (10 ⁶)
Menores de 6 años	5,0	?	1.257.535	6,3	—
7—15 años	8,0	500	1.430.714	11,4	715,4
Embarazadas	16,0	700	212.562	3,4	148,8
Nodrizas	21,0	800	193.238	4,1	154,6
Mujer adulta	12,0	500	1.633.154	19,6	816,6

TABLA Nº 4

DEFICITS ANUALES DE PROTEINAS Y CALORIAS EN LA POBLACION PROLETARIA. DECENIO 1960-1970 - CHILE

GRUPOS ETARIOS	DÉFICIT ANUAL	
	Prot. T.M.	Cal. (10 ⁹)
Hasta 6 años	2.299,5	—
7—15 años	4.161,0	261,1
Embarazada	1.241,0	54,3
Nodrizas	1.496,5	56,4
Mujer adulta	7.154,0	298,1
TOTAL	16.352,0	669,9

3.2. Enfermedades nutricionales que constituyen problemas de Salud Pública.

La revisión reciente de este problema, presentada en la III Reunión Especial de Ministros de Salud Pública efectuada en Santiago de Chile en octubre de 1972 (9), nos permite concluir que:

—No existe actualmente información suficiente y actualizada para un acabado diagnóstico sobre la magnitud que las enfermedades carenciales y otras enfermedades de la nutrición revisten en la salud de la población chilena.

—El problema más importante, debido a su elevada prevalencia y a las posibles implicancias en la mortalidad general y específicas, en el desarrollo físico y probablemente psicomotor del niño lo constituye la desnutrición calórico-proteica, que en Chile parece estar relacionada con el bajo nivel de vida e ingresos de ciertos sectores, el destete precoz, el bajo peso del niño proletario al nacer (15% de los recién nacidos con peso menor de 3.000 g.), y una serie de otros factores socioeconómicos entre los cuales se puede mencionar el desempleo, baja escolaridad de los padres, hacinamiento, deficiente urbanización, alcoholismo, paternidad irresponsable, alto costo de alimentos protectores y limitación de los recursos médico-asistenciales.

—La disponibilidad de alimentos parece ser en general, satisfactoria, pero existe un sub-consumo en una parte significativa de la población

que corresponde a los estratos socio-económicos bajos.

—La anemia nutricional ferropresiva afecta fundamentalmente al lactante y al niño de corta edad, pudiendo estar vinculada o no a la desnutrición calórico-proteica.

—Deben efectuarse estudios epidemiológicos a nivel nacional antes de poder concluir sobre la significación que puedan tener actualmente otras enfermedades carenciales, como por ej. la avitaminosis A, el raquitismo y el bocio endémico.

—A nivel urbano y fundamentalmente en las clases socio-económicas más favorecidas, se observa un aumento de la prevalencia de la obesidad, aterosclerosis y diabetes mellitus.

3.3. Significación biológica del Programa Nacional de Leche.

Reviste máxima importancia establecer el aporte de nutrientes de la leche del Programa, especialmente proteínas y calorías, frente a la naturaleza y magnitud de los problemas de disponibilidad de alimentos y enfermedades nutricionales que se han señalado en los puntos anteriores. Las tablas 5 y 6 objetivan este aspecto en forma precisa (10).

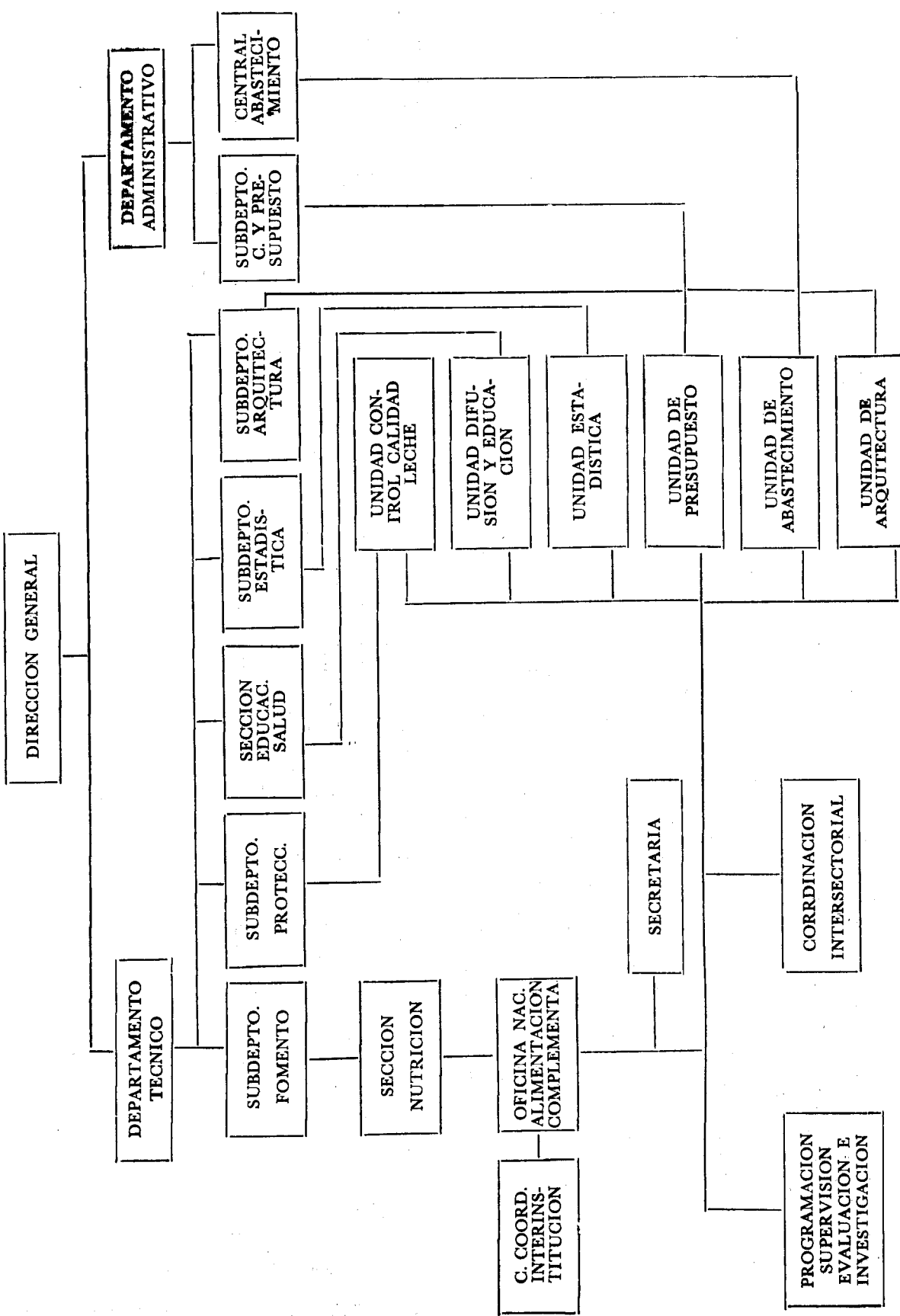
TABLA Nº 5

APORTE PORCENTUAL DE CALORIAS Y PROTEINAS POR EL PROGRAMA NACIONAL DE LECHE (PNL) SOBRE EL TOTAL DE RECOMENDACIONES DE FAO PARA LOS DISTINTOS GRUPOS ETARIOS - CHILE 1971

GRUPO ETARIO	Calorías %	Proteínas %
<i>Lactantes:</i>		
0—5 meses	50,0	100
6—11 "	25,9	100
12—23 "	20,0	100
Preescolares	13,8	60,3
Escolares	9,4	36,3
Embarazadas *	100,0	100,0
Nodrizas *	40,0	100,0

* Calculado para las recomendaciones "extras" generadas por el embarazo y lactancia.

PROGRAMA NACIONAL DE LECHE
DEPENDENCIA TÉCNICO-ADMINISTRATIVA



En relación con la población de menores ingresos, proletaria, la contribución del Programa para solucionar el déficit de proteínas y calorías se aprecia en la Tabla siguiente:

TABLA Nº 6

APORTE DEL PNL EN RELACION AL DEFICIT DE PROTEINAS Y CALORIAS EN POBLACION PROLETARIA - CHILE - 1971

	Proteínas		Calorías	
	T.M.	%	10º	%
Déficit anual calculado	16.352	100	669.900	100
Aporte PNL 1971	12.600	77	19.800	2,9

Debe destacarse que el aporte de proteínas entregadas por el PNL en 1971 significó disminuir el déficit anual en un 77%.

4. PROGRAMA NACIONAL DE LECHE (PNL).

El propósito fundamental de este Programa, que representa la materialización de la medida Nº 15 de Gobierno es: "contribuir a promover el desarrollo normal en las primeras etapas de la vida del hombre, a prevenir la desnutrición infantil y materna y a elevar el nivel nutricional y de salud de la población".

En cumplimiento de lo anterior el Gobierno y las autoridades de Salud emprendieron la tarea de hacer efectivo este propósito, como igualmente el de incorporar a la comunidad en la solución de sus problemas de modo que participe activa y eficazmente en los diversos niveles de decisión.

El 4 de enero de 1971 se inició el Programa Nacional de Leche bajo la responsabilidad técnica y administrativa del Servicio Nacional de Salud, participando desde el primer momento más de 15 instituciones en la distribución de leche en el país.

4.1. Organización.

La magnitud, trascendencia médico-social del PNL y las situaciones técnico-administrativas que crea su cumplimiento hicieron necesario estructurar una Oficina que centralizara las principales actividades del PNL a nivel nacional. (Acuerdo del Consejo Técnico, Sesión Nº 14 de 16 de diciembre de 1971).

La Oficina Nacional de Alimentación Complementaria (ONAC) está ubicada en la Sección Nutrición del Sub Departamento de Fomento de la Salud y sus funciones son esencialmente normativas, en relación a programación, supervisión, evaluación e investigación y coordinación.

Para los efectos de la aplicación del PNL en las Zonas y Areas de Salud opera la estructura y organización del SNS la que debe programar, supervisar y evaluar las actividades en sus respectivas jurisdicciones.

El equipo profesional y técnico que interviene en el PNL en las Zonas y Areas de Salud está integrado por Médico Director, Asesores de Higiene Ambiental y Control de Alimentos, Epidemiología, Educación Sanitaria, Enfermería, Maternal, Servicio Social, Nutrición, Farmacia, Estadística, Contabilidad y Control y Presupuesto.

Con el propósito de hacer más operativas las actividades que deben cumplir los Jefes Zonales o de Areas, se han designado Ayudantes Ejecutivos del PNL a profesionales con formación en Nutrición y/o Salud Pública.

La participación de la comunidad en el PNL está dada por los Consejos Locales de Salud establecidos en el Decreto 602 del 1º de septiembre de 1971 del Ministerio de Salud Pública y por los Consejos Paritarios. Una parte importante de esta participación la constituye la acción de los Líderes Responsables Voluntarios de Salud.

Para los efectos de coordinar y uniformar las disposiciones y normas relativas al PNL se estableció la Comisión Coordinadora Interinstitucional de Nivel Nacional, en la que participan representantes del SNS, de los Servicios Médicos de las FF. AA., Carabineros, JNAEB y Sermena.

4.2. Programación.

Comprende: cantidad de leche, cobertura y metas programadas.

La programación se ha realizado considerando las necesidades de la población total del país, estimándose los siguientes grupos etarios:

Lactantes	a) menores de 1 año	2,92%
	b) de 1 año	2,77%
Preescolares	2 a 5 años 11 meses	10,70%
Escolares	6 a 14 años 11 meses	22,14%
Embarazada *		4,30%

* Cálculo de embarazadas: recién nacidos estimados para el año más un 60% (factor de corrección para embarazadas). Se obtiene así embarazadas a controlarse durante el año y no embarazos completos.

Las cantidades de leche a distribuir según grupos etarios se observa en la tabla siguiente:

TABLA Nº 7

KILOS DE LECHE A DISTRIBUIR MENSUALMENTE SEGUN GRUPOS ETARIOS

Grupo etario	Kilos mensuales
Lactantes o Nodrizas	
Lactantes 0— 5 meses	3
Lactantes 6—23 meses	2
Preescolares	1,5
Escolares *	1
Embarazadas	2

* Además de la leche que aporta el desayuno escolar.

De la población total para 1972 se estimaron como porcentajes mínimos de cobertura: 85% para nodrizas y lactantes, 80% para escolares y 70% para preescolares y embarazadas.

El incremento en las coberturas se ha orien-

tado fundamentalmente a los grupos más vulnerables (embarazadas y lactantes) considerando, además, las tendencias observadas en los últimos años y la factibilidad de alcanzarlas:

4.3. Costo y financiamiento del Programa Nacional de Leche.

La estimación del costo total del PNL se realiza considerando los costos de insumos y bienes de capital. No se consideró costo de Servicios Personales pues el personal que interviene en el PNL es de las instituciones participantes.

El financiamiento está dado por dos fuentes, el aporte fiscal y el aporte del Servicio de Seguro Social (5% del fondo de asignaciones familiares).

El costo estimado para la leche del PNL para 1971 fue de E° 495.880.000.

En la Tabla 12 se señala el costo del PNL para 1972 y en la cual no se incluye 3.000 T.M. de leche correspondiente a la cuota de enlace 71/72.

TABLA Nº 12

COSTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE LECHE 1972

<i>Insumos:</i>		
Leche Nacional	16.730 T.M.	E° 233.885.000
Leche de Importación	28.700 T.M.	387.450.000
Costo Transporte Leche Nacional	16.730 T.M.	5.855.500
Reenvase		13.145.000
<i>Gastos Generales:</i>		
Difusión y Educación		2.500.000
Evaluación e Investigación		5.000.000
Imprevistos 1%		6.400.000
<i>Bienes de Capital:</i>		
Construcción Bodegas	4.603 m²	9.206.000
Adquisición Vehículos (18 camiones)		7.200.000
TOTAL		E° 670.884.300

Por mayor precio de la leche y otros insumos, el costo total del PNL para 1972 ascendió a E° 1.023,90 millones.

4.4. Cumplimiento del PNL.

En 1971 se cubrió una población de 3.046.257 personas, distribuyéndose un total de 47.256.546 kilos de leche en polvo, con 12% de materia grasa, lo que significó un cumplimiento de un 96,3% de lo programado para ese año.

TABLA Nº 8

KILOS DE LECHE ENTREGADOS EN 1971 POR INSTITUCION Y PARTICIPACION PORCENTUAL

Instituciones	Kilos de leche entregados	Participación porcentual en el programa
SNS	18.961.158	40,1
JNAEB	24.916.546	52,7
SERMENA	2.049.241	4,4
FF. AA. y Carabineros	1.125.262	2,4
Otras (10)	204.339	0,4
TOTAL	47.256.546	100

Se destaca que las tres Instituciones con mayor volumen de beneficiarios, distribuyeron 97,1% de la leche total. Por medio de las Instituciones restantes sólo se distribuyó el 2,9% de lo realizado. Esto permitió redefinir la política de distribución para 1972.

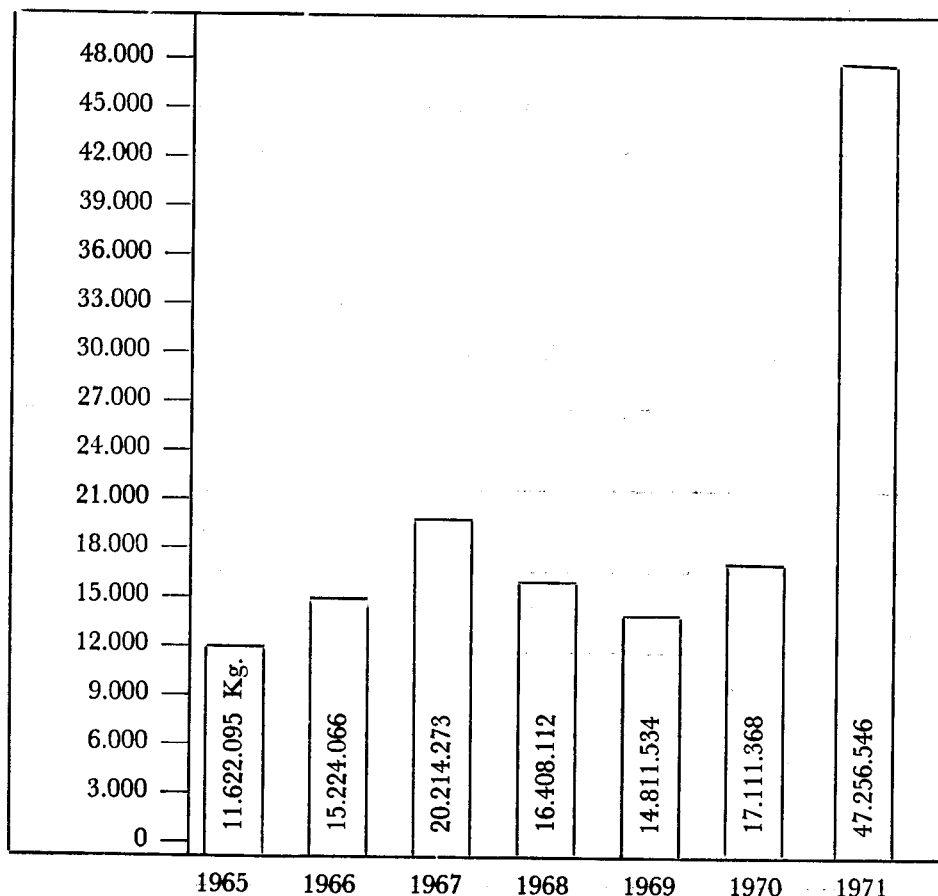
Es oportuno señalar el incremento significativo del PNL a partir de 1971 en relación a la leche distribuida en años anteriores. Entre 1965 y 1970 el promedio de leche distribuida fue de 15.898 T.M. anuales. Al comparar este promedio con lo realizado en 1971 se constata un incremento de un 197%.

Entre los años 1965 y 1970 los datos registrados en relación a entrega de leche corresponden solamente al SNS y JNAEB (desayuno escolar), otras Instituciones que distribuyeron leche u otros alimentos (Caritas, Ayuda Evangélica, etc.) no han sido consideradas, por su baja cobertura y falta de información adecuada.

Para 1972 el aumento corresponde al crecimiento vejetativo de la población. La evalua-

GRAFICO 1

TOTAL TONELADAS DE LECHE DISTRIBUIDAS CHILE — 1965-1971



ción preliminar para el año 1972 indica un cumplimiento de un 81,7% de lo programado.

Para 1973 la programación del PNL se ha

hecho sobre una población total estimada en 10.327.400 habitantes, modificando las coberturas en base a evaluaciones anteriores.

TABLA Nº 9
PROGRAMA NACIONAL DE LECHE POR GRUPOS ETARIOS - 1972

Grupo etario	Población total	Cobertura	Población a cubrir	Concentración	Meta kilos
Lactante Menor	295.982	85	261.585	10	7.547.550
Lactante Mayor	280.611	85	238.519	24	5.724.466
Preescolar	1.086.805	70	760.764	18	13.693.752
Escolar	2.240.943	80	1.792.754	10 *	17.927.540
Embarazada	434.727	70	304.309	8	2.434.472
TOTAL	4.339.068		3.347.931		47.327.770

* Año Escolar.

TABLA Nº 10
CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE LECHE POR GRUPOS ETARIOS. 1972

Grupo etario	Programado Kg.	Realizado Kg.	Cumplimiento %
Lactantes y Nodrizas	13.268.116	8.146.292	61,4
Preescolares	13.693.792	10.482.871	76,5
Escolares:			
PNC	17.927.385	18.185.468	101,4
Desayuno Escolar ¹	—	3.917.000	—
Embarazadas	2.434.088	1.856.993	76,3
TOTALES	47.323.381	42.593.624	81,7

¹ Esta leche no es entregada por el Programa Nacional de Leche.

TABLA Nº 11
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
ESTIMACION PARA 1973

Grupos etarios	Población		Cobertura	Concentración	Kilos anuales
	Total	Beneficiaria			
LACTANTE (0 a 5 meses)	151.155	113.368	75%	36	4.081.248
LACTANTE (6 a 23 meses)	437.199	327.904	75%	24	7.869.696
PREESCOLAR (2 a 5 años)	1.109.062	776.341	70%	18	13.974.138
ESCOLAR (6 a 14 años)	2.287.365	2.058.631	90%	10	20.586.310
EMBARAZADAS	483.689	338.586	70%	8	2.708.688
TOTAL	4.468.470	3.614.830			49.220.080

4.5. Participación de la comunidad.

El Programa Nacional de Leche ha sido una de las acciones de gobierno que ha despertado un mayor interés de participación popular, la que se ha traducido en actividades de la población conducentes a un mejor cumplimiento del programa.

En los veranos de 1971, y 1972, una cantidad del orden de 7.000 voluntarios de salud, capacitados en Consultorios del SNS, realizaron acciones educativas en poblaciones, relacionando la educación en nutrición infantil con la prevención de las diarreas de verano; estudiantes de enseñanza media y universitarios en sus Trabajos de Verano colaboraron con los Consultorios del SNS en diversas regiones del país, en estos mismos problemas de salud; estudiantes y organizaciones juveniles ayudaron a la movilización de la leche en la emergencia de octubre de 1972 lo que permitió abastecer sin tropiezos la zona norte del país; profesores de enseñanza básica, como estructura administrativa y organización gremial, han desarrollado en 1971 y 1972 acciones educativas en una actividad programática, designada como la Semana de la Leche, cubriendo dos millones de escolares básicos; integrantes de Centros de Madres agrupados por COCEMA y organizaciones vecinales rurales orientadas por la Consejería de Desarrollo Social, han recibido capacitación sistemática en el empleo de leche del PNL. En las instituciones agrupadas en el Servicio Médico Nacional de Empleados, se han desarrollado programas de educación en materia de aprovechamiento de la leche, destinados a las poblaciones afectas a esas instituciones. Lo mismo se repitió en las instituciones militares, Armada, Fuerza Aérea, Ejército y Carabineros.

4.6. Limitaciones del Programa.

En costos. Aumentos de precio en el mercado nacional de la leche y de los gastos adicionales, han exigido reajustes de precios no contemplados originariamente. La leche procedente del extranjero ha tenido también un alza considerable, que en un momento fue del orden del 100% del precio que tenía a la iniciación del Programa. Lo mismo sucedió con seguros, fletes y otros. Estos cambios no previstos en los costos han ocasionado problemas que debieron enfrentarse y solucionarse para evitar el deterioro del Programa.

En abastecimiento. Anualmente se llama a propuestas nacionales e internacionales para proveer el abastecimiento, y determinar, entre otros, fechas y lugares de entrega. De acuerdo con esto se confeccionan los programas de distribución por zonas de salud e instituciones.

Atrasos en las entregas nacionales o en el arribo de barcos desde el extranjero; problemas laborales o de insuficiencia de muelles en la descarga y problemas de transporte han perjudicado el programa de distribución. Para solucionarlos se ha debido acudir a medidas extraordinarias como derivar cuotas de leche de unas localidades a otras, o movilizar recursos voluntarios para el transporte.

En transporte. Dificultades surgidas en los medios de transporte privado de la leche, ocasionaron dificultades en la movilización de la leche desde los puntos de producción a las plantas elaboradoras y desde éstas a las bodegas de distribución.

Una manera de afrontar en lo sucesivo estos problemas, es el transporte de una parte de la leche por medios propios del Servicio Nacional de Salud, lo que se cumplirá este año con la incorporación de una flota de camiones (FIAT de 8 1/2 toneladas) que ya están siendo entregados a SOLECHE y a las 13 Zonas de Salud.

En almacenamiento. La insuficiencia en bodegas del SNS y de las instituciones que distribuyen la leche del Programa se hizo ostensible al ponerse éste en marcha. En un comienzo se debió proceder rápidamente a comprar y arrendar bodegas. El déficit calculado para el país es de 12.000 metros cuadrados. Un programa de construcciones de bodegas, a través de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios, está en marcha para ser cumplido en un plazo de tres años.

En aprovechamiento. El consumo de la leche conforma un acto cultural ligado a la aceptación por parte de la comunidad de un criterio técnico expresado por los Servicios de Salud, referente a la nutrición de las personas y a las precauciones y cuidados que deben tenerse para preparar el alimento.

El aprovechamiento de la leche en el nivel de consumo está dependiendo de una buena aceptación de ella y de la observancia de las recomendaciones que se impartieron desde los primeros momentos para guardar la leche, prepararla y aplicarla a la alimentación de los distintos beneficiarios.

Prejuicios referentes a la leche (V. gr. "la leche es sólo para los niños"; "la leche produce diarreas"; "no es cosa de adultos tomar leche", etc.); prejuicios referentes a la leche en polvo (v. gr. "la leche en polvo no es leche de vaca", "la leche en polvo no alimenta", etc.); prejuicios referentes a la leche en polvo del Programa Nacional (v. gr. "es gratuita, por lo tanto debe ser mala", "le da diarreas a los niños", "no viene, como la leche de marca en tarro con atractiva presentación", etc.); negligencia en observar cuidados higiénicos en su preparación; preparación inadecuada en cuanto a las pro-

porciones recomendadas, constituyen algunas de las barreras que desde los primeros momentos debieron preverse, estudiarse y buscárseles solución.

Una serie de recursos fueron aprovechados para difundir el Programa y educar a la población. Estos recursos han provenído del SNS, del Ministerio de Educación Pública, de las instituciones que tienen poblaciones afectas al PNL, de instituciones estatales que trabajan con comunidad, de la propia comunidad y de las empresas de medios de comunicación de masas. Así se ha podido dar cumplimiento a un programa de difusión del PNL y de Educación Sanitaria en Alimentación y Nutrición, relativa al aprovechamiento de la leche del Programa.

En el aspecto de la difusión, se utilizaron los canales de tv del país con programas de ámbito local o nacional; las radiodifusoras con informaciones, entrevistas, microprogramas, cuñas radiales, etc., la prensa nacional y local con informaciones, crónicas, artículos y avisos; afiches y carteles impresos han sido distribuidos y pegados en los muros de gran parte de las ciudades del país.

En relación con la educación a los beneficiarios, el canal más importante ha sido la estructura del SNS dentro de los marcos del programa infantil y maternal. La educación a las madres ha sido impartida por los equipos de salud en los establecimientos del Servicio. La capacitación de voluntarios, de manipuladores de alimentos del sector escolar, de manipuladores de alimentos de jardines infantiles, ha contado fundamentalmente con la participación de los equipos de salud de los establecimientos del SNS y de otras instituciones. Material de refuerzo educativo ha sido producido por el SNS, y mucho de él ha sido reproducido por instituciones que trabajan con la comunidad. Muchas Zonas de Salud y algunas Areas han producido por su parte material educativo para empleo local.

Materiales producidos por el SNS.

Unidad Didáctica: SEMANA DE LA LECHE (con participación de Min. Educación), 100 mil ejemplares.

Volante: Para preparar una buena leche, 800.000 ejemplares.

Cartel: Así se prepara una taza de leche, 100.000 ejemplares.

Folleto: Alimentación Complementaria, 200 mil ejemplares.

Affiche: La leche materna, 10.000 ejemplares.

Cartel: Que ni un gramo se pierda, 10.000 ejemplares.

Cartel: Quiénes tienen derecho, 10.000 ejemplares.

Cartel: Ley 17.511, 10.000 ejemplares.

Folleto: Programa Nacional de Leche, 12.000 ejemplares.

Señalamos también la producción de tres films de 16 milímetros, spots para tv, series de diapositivas, dos exposiciones fotográficas, y otros materiales menores destinados a servir de refuerzo educativo.

La educación sanitaria de una población es un proceso que requiere tiempo prolongado y recursos suficientes, y precisa de acciones continuadas y permanentes que vayan cubriendo cada vez un mayor número de personas.

De algunas encuestas practicadas en terreno (11) en relación a la preparación adecuada de la leche se concluye que hay una parte importante de personas que no prepara la leche de acuerdo a las proporciones indicadas. Este es, naturalmente, un problema cultural que irá siendo resuelto en la medida en que la difusión y educación vayan desarrollándose paralelamente al programa de distribución.

5. ANÁLISIS DE LAS CRÍTICAS QUE HA RECIBIDO EL PROGRAMA NACIONAL DE LECHE.

No cabe duda que un Programa de esta magnitud y trascendencia está sujeto a numerosas críticas, intencionadas o no, fundamentadas en hechos científicos o producto de apreciaciones personales o mala información. Hasta ahora, en general, los responsables del Programa no han querido hacerse eco de ellas, pero consideran que a nivel de una revista científicos bien vale la pena referirse a alguna de ellas.

5.1. *Alto costo del Programa, gasto de divisas y posible inversión de estos fondos en otras acciones.*

Las estimaciones de costo, que han oscilado entre US\$ 60 millones y US\$ 120 millones, no corresponden a la realidad; además, sólo una parte es gasto en dólares necesarios para adquirir la leche de importación. Analicemos los hechos: para 1971, costo total de E° 495.000.000 con una inversión en dólares de US\$ 23.308.825; para 1972, costo total de E° 1.023.090.000 con una inversión de US\$ 28.200.000.

Por otra parte, el aporte de leche nacional aumentó de 11.361 t.m. en 1971 a 16.500 t.m. en 1972, cifra que se mantendrá para 1973, lo que significó un 24% y un 35% del total de la leche distribuida en estos dos últimos años. Con un poder comprador asegurado y pago oportuno cabe preguntarse, ¿no ha significado esto un incentivo para la industria lechera nacional? El incremento en la producción lechera nacional, de un 7% anual en los dos últimos

años, responde afirmativamente a esta pregunta.

Por otra parte se ha dicho que este dinero podría invertirse en otras actividades como construcción de viviendas, alcantarillado, etc. Calculando, a E° 4.000 el m², E° 1.000.000.000 permiten construir 250.000 m², lo que significa 2.500 viviendas de 100 m² c/u. o 5.000 de 50 m² c/u. ¿Representa esto una solución para el problema habitacional, cuyo déficit de arrastre se ha estimado en 500.000 viviendas y una mayor necesidad anual de 50.000? Algo similar ocurre con respecto a obras de saneamiento básico.

Aún cuando se estableció claramente el propósito y significado de este Programa dentro de la Política de Salud, conviene también mencionar que el aporte de leche en la familia constituye una medida de redistribución del ingreso, y nos atreveríamos a decir más bien de distribución de "bienestar", de acuerdo al tamaño familiar, proporcionalmente mayor para los sectores de menores ingresos que han estado en mayor riesgo de enfermar y morir, y en la forma de un alimento esencial para la alimentación del niño y la mujer.

Piensen Uds., que mejor inversión se haría para atender 3.347.000 personas (1972), que significara entregar el 100% de las necesidades de proteínas en el niño menor de 2 años, embarazada y nodriza (Tabla 5 y 11) y disminuir en un 77% el déficit anual estimado de proteínas (Tabla 6).

5.2. ¿Por qué leche?

Esto se puede responder en forma concluyente y precisa: a) en nuestra población existe el hábito y tradición del consumo de leche preparada en diferentes formas desde hace muchos años; b) debe entregarse un alimento que permita períodos prolongados de almacenaje, complejos mecanismos de transporte y distribución, y que una vez en la familia sea más fácil de reconstituir e ingerir; c) al momento de iniciar este Programa, con los incrementos señalados respecto a años anteriores, no existía, en un volumen industrial "útil", sustitutos o extendedores de la leche para ser utilizados.

Sobre esto último conviene aclarar algunos aspectos. Diferentes grupos de investigadores han desarrollado en Chile desde hace años, 15 ó más, nuevos recursos proteicos y alimentos que son reconocidos no sólo en el plano nacional sino también internacional; pero estas experiencias han tenido fundamentalmente el carácter de tales, llegando hasta pruebas pilotos de aceptabilidad en niños hospitalizados, escuelas o grupos pequeños de población. Esto significa que no ha existido simultáneamente el desarrollo industrial y las pruebas de aceptabilidad ma-

sivas que permitirán su uso en programas de cobertura nacional. Diversos informes que obran en nuestro poder así lo demuestran.

Esta situación tiende a corregirse; el PNL, los programas alimentarios a nivel pre-escolar y escolar, y una acción más definida de instituciones tales como CORFO y otras del sector económico-industrial, permitirán disponer de alternativas para el reemplazo de la leche en ciertos grupos de beneficiarios a partir del segundo semestre de este año.

Podemos decir que Salud es el primer interesado en que ello ocurra y que, muchas veces sobrepasando sus esferas específicas de acción, ha impulsado y facilitado acciones en este campo. Lo mismo es válido para las diferentes Agencias de Naciones Unidas, como OPS/OMS, FAO, UNICEF y otras, que han dado un significativo apoyo a los diferentes proyectos.

5.3. Leche para todos los niños de Chile.

Se ha criticado que no existe discriminación respecto a quienes deben recibir leche y que habrían grupos importantes que no la necesitan.

La política de este Gobierno establece que el niño es uno y que los aportes nutritivos deben satisfacer sus necesidades para un óptimo crecimiento y desarrollo. Por tanto, todos tienen igual derecho.

Pero asumamos que podrían establecerse algunos mecanismos de selección, ¿cuáles serían ellos?: sabemos las dificultades que existen para establecer el ingreso económico de la familia, además, ¿quién puede juzgar, usando este solo índice, cuál es el nivel adecuado para decidir los que deben estar afectos al Programa y los que no, sabiendo que los factores condicionantes del estado de salud y nutrición de un individuo son inmensamente más complejos?

El concepto de "riesgo" y/o "vulnerabilidad" biológica está en pleno desarrollo, será necesario tiempo y trabajo interdisciplinario para disponer de una herramienta útil que permita decidir quiénes deben recibir una atención prioritaria y de mayor concentración o estar afectos a los programas de complementación alimentaria y otros".

5.4. ¿Cuál es el destino de la leche?

Se escucha y lee con cierta frecuencia: "la leche no llega a la boca del niño, se pierde mucho, se usa para hacer pintura o tizar canchas de fútbol, la gente vende la leche". Preguntamos, ¿cuántos trabajos científicos o publicaciones existen que lo demuestren? ¿Dónde están los datos que nos permitan hacer una aproximación medianamente válida? Desgraciadamente la información es escasísima.

A continuación citaremos textualmente el estudio realizado por Undurraga y colaboradores (13) en 150 familias pertenecientes a Consultorios del Area Norte de Santiago:

"En 72 familias (48%) la leche la aprovechaba el lactante beneficiario. En 47 (31,3%) eran dos los que usufructuaban, el lactante y preescolar inmediatamente mayor. En 11 (7,3%) los beneficiarios eran tres; en 6 (4%) casos 4 niños y en 5 familias se comprobó que toda la familia aprovechaba la leche del lactante". En cuanto a la venta de la leche "116 madres (73,3%) aseguraron no haber recibido jamás ofertas para adquirir leche del Servicio ni haber vendido la propia, y sólo en 10 ocasiones (6,6%) la información fue que "alguna vez" se le ofreció leche para comprar y se trataba siempre de grupos familiares muy pobres que enviaban niños con este propósito. Venta ocasional pareció existir en 7 casos (4,6%), cambio de leche por otros artículos (loza, plásticos, etc.) en 5 (3,5%)".

Como consecuencia de ello se ha actuado con el concepto de "saturar" la familia con leche, para que no se produzca la dilución intrafamiliar que perjudica preferentemente al niño menor; por otra parte existe evidencia que la población ha ido adquiriendo una mayor conciencia social sobre este problema. Queda mucho por hacer y mucho por enseñar, pero las campañas de descrédito no ayudan a ello.

5.5. *Esta leche produce diarrea.*

Cualquier leche o alimento que no se prepare higiénicamente producirá diarrea. La leche del PNL es leche de vaca, nacional o importada, a la que sólo se le ha quitado un porcentaje de grasa con respecto a la leche completa. Toda ella está sujeta a las normas legales de control sanitario que aseguran su calidad y que han permitido a nuestro país un adecuado control desde hace muchos años.

Por otra parte, se ha hecho bastante caudal de la posible intolerancia a la lactosa que condicionaría una alta incidencia de diarrea: "el 35% de la población de bajos recursos económicos no puede digerir la lactosa, circunstancia conocida por el mundo entero. Este hecho es el que ocasiona que, como consecuencia de la ingestión de leche, se produzcan las mortales diarreas infantiles"*.

Sobre esta materia sólo queremos transcribir, textualmente, los aspectos más relevantes del informe sobre "Tolerancia a la leche, 1971" del Grupo Consultor sobre Proteínas de Naciones Unidas (14) y que publica el Boletín del

* Senado de la República. Versión extractada oficial 317ª legislatura. Sesión 31ª ordinaria. Martes 7 de noviembre de 1972.

Programa Mundial de Alimentos, FAO, julio-octubre de 1972:

"Durante los últimos años, han aparecido informes en la prensa mundial y en las revistas de medicina indicando que grandes grupos de población *no blanca*, aparentemente sanos, padecían en diferentes partes del mundo trastornos gastrointestinales conocidos con el nombre de "intolerancia a la leche" (dolores, diarreas, hinchazones, flatulencia) cuando se agregaba a su dieta leche, *que no estaban acostumbrados a beber*. Se plantearon dudas con respecto a la conveniencia de utilizar la leche como alimento suplementario para los niños en el programa de ayuda a los países en desarrollo".

"Como la leche se considera un alimento casi completo, que proporciona proteínas de alta calidad, y como la falta de proteínas y la desnutrición proteico-calórica es un grave problema de la infancia, todos los expertos en nutrición aconsejan el empleo de la leche para los programas de alimentación infantil. Si las dudas sobre su tolerancia por parte de algunos grupos raciales tuvieran una base firme, se plantearía un problema muy grave respecto a la nutrición y programas de *alimentación escolar* del mundo en desarrollo".

"Por fortuna, la ponderada opinión del Grupo Consultivo sobre proteínas disipa dichos temores. *Afirma que sería extremadamente inadecuado desalentar los programas encaminados a acrecentar las existencias de leche y a aumentar su consumo entre los niños*. Las razones se basan en el hecho de que, cuando se hacen pruebas clínicas para descubrir si una persona puede absorber lactosa, la cantidad administrada suele ser una dosis bastante grande (50 gramos o más por metro cuadrado de superficie corporal) lo cual es como si un adulto bebiera de 1 a 1,5 litros de leche de una sola vez.

"Los programas de alimentación de niños en edad preescolar y los de almuerzos escolares, que se han desarrollado en muchas regiones del mundo por más de dos decenios, utilizan de unos 200 a 250 milímetros de leche al día que suelen tomarse con otros alimentos".

"En todas las investigaciones sobre la actividad de la lactasa, el número de niños incluidos es relativamente pequeño y entre esos estudios son pocas las encuestas sistemáticas sobre prevalencia. Se ha investigado la actividad de la lactasa en grupos razonablemente grandes, principalmente en el Norte de Europa, y el número relativo a los niños en los diferentes grupos de edad es muy limitado. La información relativa a la prevalencia en las poblaciones de Asia, Africa y América Latina es mucho menor y sólo hace poco se ha tratado en serio de incluir a los niños de dichos grupos como objeto de investigación".

“Es grande la necesidad de emprender *nuevos estudios de prevalencia entre los niños de diversas edades de las poblaciones no blancas*, utilizando procedimientos uniformes y comparables, antes de poder determinar el grado y la magnitud del problema de la baja actividad de la lactasa, la edad en que se produce la disminución de la actividad en las diversas poblaciones y las consecuencias de las conclusiones con relación al consumo infantil de leche... Hay varios aspectos de los que poco o nada conocemos de este tema complejo, y se deben tomar medidas para colmar las lagunas. Hay que poner en conocimiento de los médicos de los países en desarrollo y de las autoridades que dirigen los programas de alimentación lo que se sabe actualmente sobre el asunto y sus consecuencias. *Sería muy inoportuno, sobre la base de la evidencia actual, desalentar programas tendientes a aumentar el suministro de leche e incrementar el consumo de la misma entre los niños por miedo a la intolerancia a este producto*”.

Finalmente conviene insistir una vez más que

el PNL representa una de las medidas dentro de los Programas de Alimentación-Nutrición en Salud, a su vez estos son partes de los planes multisectoriales, los que deben formar parte de la Política Nacional de Desarrollo Económico y Social.

Ello significa atacar las causas profundas del subdesarrollo del cual la desnutrición generalmente no es causa sino efecto, y por tanto medidas exclusivamente nutricionales sólo contribuirán parcialmente a su solución. Sobre este punto muchas veces se ha ido demasiado lejos, atribuyendo preponderantemente a causas alimentarias y nutricionales las deficiencias y retardos de diferentes tipos, incluso mental, que tienen una génesis más compleja y multicausal y que numerosos autores han denominado “síndrome de la pobreza”.

Para las soluciones, se debe tener muy en claro este marco de referencia, haciendo uso efectivo de los conocimientos y técnicas disponibles, pero no como parte de una concepción esencialmente “tecnocrática”.

B I B L I O G R A F I A

1. *Proyecto de Política de Salud para el SNS. Doc. Mimeografiado del SNS, 1971.*
2. Bases para una Política alimentaria y nutricional en Chile. G. Donoso, G. Solimano, M. A. Tagle. Revista Nueva Economía, Nº 1, Santiago, 1971.
3. “Situación de la industria alimentaria en Chile, 1960/1964”. Sección Fruticultura y Tecnología, Ministerio de Agricultura, Santiago, octubre 1965.
4. ODEPA-SAG. Ministerio de Agricultura, Santiago de Chile.
5. Autret M., Périsse J., Sezaret F., Cresta M. “Protein value of different types of diet in the world: their appropriate supplementation”. FAO. Nutrition Newsletter 6: 1, 1968.
6. Soto S., Arteaga A. “Estudio de Disponibilidad de Alimentos en Chile, 1963/1967”. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Pub. 16/70, 1970.
7. Barja I., Solorza M., Puigrredón C., Avila B., Tagle M. A. “Disponibilidad de Alimentos en Chile, quinquenio 1965/1969”. Sección Nutrición, Servicio Nacional de Salud. Pub. Técnica Nº 3, Santiago, 1972.
8. Tagle, M. A. “La calidad y el Valor Proteico de la Dieta del Proletariado Chileno”. Rev. Médica de Chile, Vol. 98, Nº 8, 1970.
9. Nutrición. Proposición de cambio y estrategias de Salud para la década 1971-1980. Antecedente para posición del Gobierno de Chile en la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Doc. mimeografiado. G. Solimano, G. Donoso y M. Eisler.
10. Evaluación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, 1971. Publicación mimeografiada SNS. 1972.
11. Encuesta sobre aplicación del PNL en la IX Zona de Salud. Concepción, 1971.
12. Encuesta sociológica en Area Norte de Santiago. M. E. Hirmás. En elaboración.
13. La leche semidescremada del Servicio Nacional de Salud. D. Undurraga; E. Goldemberg y E. Díaz. Revista Chilena de Pediatría. Volumen 40: 1039, 1969.
14. PAG ad hoc working group on milk intolerance. Nutritional implications, PAG Bulletin, Vol. II, Nº 2, 1972.