

Protección Social en los Programas Alimentarios del Ministerio de Salud de Chile

Welfare Food Programs in the Ministry of Health of Chile

Catalina Barba¹
Mónica Jiménez²
Dr. Tito Pizarro³
Dra. Lorena Rodríguez⁴

Resumen

Los programas alimentarios existen en Chile desde hace más de medio siglo, se han desarrollado como parte de las políticas de protección de la salud, especialmente de los grupos más desprotegidos como fueron al principio el binomio materno infantil, y últimamente los adultos mayores. Uno de los propósitos fundamentales ha sido mantener y o mejorar el estado nutricional de estos grupos, en la actualidad se ha agregado, la disminución de los riesgos de contraer enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la alimentación y el sedentarismo.

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria PNAC, constituye un beneficio gratuito universal, establecido por ley, para todos(as) los niños(as) y embarazadas del país, sin dependencia de su condición previsional de salud.

Estos programas integran la política de estado de protección de la salud y desarrollo integral de la población materno infantil y se han adaptado a los cambios epidemiológicos y demográficos, y a los avances en los conocimientos científico-tecnológicos del área alimentario-nutricional. Desde 9 y 5 años atrás se sumaron como beneficiarios, los adultos mayores, y los prematuros extremos y fenilcetonúricos respectivamente.

Actualmente los programas alimentarios del Ministerio de Salud, el PNAC como integrante de la estrategia de intervención nutricional en el ciclo vital y el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor PACAM siendo parte de actividades como promoción de envejecimiento saludable, componen la más significativa intervención alimentario-nutricional en Chile, contribución fundamental a la consecución de las metas sanitarias del país.

Palabras clave: programas alimentarios, protección social, intervención alimentario-nutricional.

Recibido el 15 de abril de 2008. Aceptado el 20 de noviembre de 2008

- 1 Nutricionista Encargada Programas Alimentarios, Dpto. Alimentos y Nutrición, División de Políticas Pública Saludables y Promoción, Subsecretaría de salud Pública, Ministerio de Salud.
- 2 Mónica Jiménez. Nutricionista MSc, Académica de la Fac. de Cs. de la Salud de la Univ. Andrés Bello UNAB.
- 3 Jefe del Dpto. Alimentos y Nutrición, Div. de Políticas Pública Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
- 4 Asesora del Dpto. Alimentos y Nutrición, Div. de Políticas Pública Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

Abstract

Food programs have existed in Chile since over half a century, they have been developed as part of the health protection policies, specially for the more vulnerable groups, regarding, initially the mother and child binomial and lately, the senior citizens. One of the main objectives has been to maintain and/or improve the nutritional state of these groups and currently, the decrease of the risk of developing non communicable chronic diseases associated to diet and a sedentary lifestyle has been added.

The National Programs of Complementary Food (PNAC) is a free universal benefit, established by law for all children and pregnant women in the country, independent of their health insurance system.

This programme integrates the State's health protection policy and the comprehensive development of the mother and child population and has been adapted to the epidemiological and demographical changes as well as to the progress in the scientific-technological knowledge in the area of food and nutrition. Nine years ago, the senior citizens (the elderly) were added and since 2003, the extreme premature babies and those with Phenylketonuric.

Nowadays the Food Programs of the Ministry of Health, (PNAC) as part of the nutritional intervention strategy throughout the life cycle and the Programs of Complementary Food for Seniors (PACAM) which forms part of the activities of healthy aging promotion, compose one of the most significant feeding-nutritional intervention in Chile which is a fundamental contribution to achieve the country's sanitary goals.

Key words: Food Programs; Social Protection; Feeding-Nutritional Intervention

INTRODUCCIÓN

En Chile, los programas de alimentación complementaria se han desarrollado de forma permanente por más de 50 años, adaptándose a los cambios epidemiológicos de la población y a los nuevos conocimientos en alimentación y nutrición.

Desde su creación, el propósito de estos programas ha sido contribuir a mantener un óptimo estado nutricional de la población materno infantil, en los inicios de la última década se han sumado nuevos programas y sub programas como también el propósito, de reducir la prevalencia de obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a la alimentación.

Si bien la entrega gratuita de alimentos en nuestro país se remonta a principios del siglo pasado, es con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952 que se consolidó el desarrollo de los programas alimentario-nutricionales que paulatinamente fueron incrementando incrementándose hasta alcanzar una cobertura

nacional en la década del 70. Asimismo, se fortalecieron los dos programas básicos para la atención de la madre y el niño; el de Salud Materna y Perinatal y el de Salud del Niño y el Adolescente. Entre las actividades relevantes para la salud infantil, destaca el "control del niño sano", el cual ha demostrado hasta la actualidad, una gran capacidad para integrar otras actividades preventivas, particularmente las vinculadas a los programas de vacunación y de entrega de alimentos.

El impacto de las acciones de salud junto a la entrega de alimentos complementarios, las mejoras en el saneamiento ambiental, la elevada cobertura en las vacunaciones, entre otros factores de mejoría de la situación económica del país, determinó la reducción de la mortalidad infantil, desde tasas de 150 por mil nacidos vivos en la mitad del siglo XX a 7.9 por mil nacidos vivos en el año 2005, y la reducción de la desnutrición infantil con prevalencias de 37% en los años 60 a niveles de prevalencia de 0.3% en la actualidad.(1,2,3).

En los últimos años la evolución de estos programas ha estado enfocada a la calidad nutricional de los productos y a la creación de programas y subprogramas con focalización a otros grupos vulnerables. Así en 1999 se crea el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), como un componente integral del Programa de Salud del Adulto Mayor. A partir del año 2003 se crean los subprogramas de Alimentación Complementaria para prematuros extremos y fenilcetonúricos (4).

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

Evolución

Los actuales “Programas Alimentarios” nacen por iniciativa privada hacia 1912 con la creación de “La Gota de Leche”, dispensarios a través de los cuales se entregaba caritativamente leche a los niños y madres más desvalidos y desnutridos. Estos dispensarios, pueden ser considerados como los precursores del actual sistema de red de atención primaria de salud.

Sucedan en la primera mitad del siglo XX, la promulgación de políticas sociales preuniversales, caracterizadas por un reconocimiento del estado en su responsabilidad en el ámbito de la salud materno infantil: Se crea la Ley del Seguro Obrero en 1924, que concibe la entrega de leche para las madres obreras que no amamantan a sus hijos hasta los 8 meses de edad, asignándose un presupuesto fiscal para ello. En 1938 se crea la Ley Madre y Niño, que amplía la cobertura hasta los 2 años y en la cual todo trabajador hombre o mujer que estuviese afiliado a un sistema de previsión social, tendría derecho a recibir alimentación complementaria en base a leche (1, 2,3).

En el año 1952 se aprobó la ley que dio origen al Servicio Nacional de Salud (SNS), produciéndose la unificación de los servicios de salud y el desarrollo de la red hospitalaria pública, las postas de urgencia y los centros de atención primaria y secundaria. Dos años más tarde, nace

oficialmente el “Plan Nacional de Alimentación Complementaria” (PNAC) como una estrategia de Estado para combatir la desnutrición y reducir la mortalidad infantil (1,2).

Desde la década del 50 y hasta principios de la década del 70, el PNAC vive un período de expansión de sus coberturas, contribuyendo al desarrollo de los hábitos de consumo de leche en la población y al inicio de la industria lechera en el país. Se destacan algunos hitos:

- 1954 Se incluyen embarazadas como beneficiarias del PNAC
- 1956 Se extiende cobertura hasta los 5 años
- 1970 Alcanza cobertura universal, ampliándose a toda la población de embarazadas y menores de 6 años con independencia de su situación previsional.
- 1971 –1973 se incorpora la población escolar de 6 -14 años a través de la entrega de ½ litro de leche diario en las escuelas (1).

Las acciones de salud vinculadas a la entrega de leche, se traducen en un incremento de kilos de leche distribuidos, con un aumento de la cobertura de la atención primaria de salud y esto se reflejó en los logros en materia de indicadores sanitarios:

La caída en las tasas de mortalidad infantil desde 150, 80, a 7,9 (períodos 1950, 1970 y 2005 respectivamente), de prevalencia de desnutrición materna de 25,7% a 7,5%, de desnutrición infantil de 7,4% a 0,3%, el riesgo de desnutrir de 3,4% a 2,6%, la mortalidad materna desde 3,1 a 2,0, en los últimos 35, 20, 15 y 10 años, respectivamente, son cifras que muestran el impacto de una política pública consistente y sostenida en el tiempo (4, 5).

El bajo peso al nacer, que es un indicador indirecto del estado nutricional materno y predictor de la morbimortalidad infantil, ha mostrado igualmente tendencia a la disminución de 12% en 1975 a 5% en la actualidad. (5)

En 1978 se crea el PNAC focalizado, con 2 categorías de asistencia: materno –infantil en desarrollo normal y madres y niños/as con riesgo

de desnutrir y desnutridos. A esta segunda categoría se les entregó mayor cantidad de alimentos (leche y mezclas proteicas), además de arroz para el consumo familiar y de las madres enflaquecidas (1).

Como se ha analizado, hasta la década del 70 la desnutrición infantil era un problema de salud pública en Chile que cambió desde una alta prevalencia, a su casi erradicación a fines de los años 80. En esta década, Chile inicia un proceso de transición nutricional y epidemiológica que igualmente afecta a muchos países de América Latina y el Caribe, caracterizado por la coexistencia de problemas de malnutrición por déficit a una creciente prevalencia de obesidad. La evolución del sobrepeso y la obesidad desde 1985 hasta el año 2005, nos demuestra que la proporción de niños menores de 5 años con sobrepeso se ha mantenido relativamente estable con prevalencias del 16% y 17%, sin embargo la obesidad aumentó un 52% entre 1985 y 1995, aumentando progresivamente su prevalencia desde 5% en 1985 hasta 8,2% en el año 2005 (6).

Los Programas Alimentarios han debido responder a estos cambios del perfil nutricional y epidemiológico del país, constituyéndose como una herramienta de intervención nutricional temprana en la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas vinculadas a la alimentación y estilos de vida (3). El perfil actual de estos programas, sus productos, beneficiarios y nuevas intervenciones y estrategias, se presentan a continuación.

EL PNAC en la actualidad

El PNAC es un sistema universal de distribución gratuita de alimentos para la población infantil hasta los 6 años, las mujeres embarazadas y madres que amamantan hasta el 6° mes post parto, independiente de su situación previsional de salud. Su objetivo general está orientado a mantener un estado nutricional óptimo de la embarazada, promover la lactancia materna

y asegurar un desarrollo armónico del feto, el lactante y el preescolar. En los últimos años se ha incorporado un nuevo objetivo que es el de prevenir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto.

El PNAC distribuye anualmente en todo el país, una cifra cercana a 16 millones de kilos de diversos alimentos, en que los lácteos representan el 98% del volumen total (**Tabla 1**). Este programa está formado por los siguientes subprogramas que se focalizan como se indica a continuación:

1. **PNAC básico:** Dirigido a mujeres embarazadas, madres que amamantan hasta el 6° mes post-parto y menores de 6 años de edad, con diagnóstico nutricional de normalidad, sobrepeso u obesidad.
2. **PNAC refuerzo:** Dirigido a mujeres embarazadas, madres que amamantan hasta el 6° mes post parto diagnosticadas con bajo peso y menores de 6 años de edad desnutridos o en riesgo de desnutrir.
3. **PNAC para Prematuros:** Destinado a prevenir y/o recuperar el daño nutricional de estos lactantes, en cumplimiento de la política de acceso y equidad. Este programa comenzó el año 2003 y entrega hasta los 12 meses de edad (corregida por edad gestacional), fórmulas especiales destinadas a cubrir la alta demanda nutricional de los prematuros menores de 1500 g. de peso al nacer y/o menores de 32 semanas de gestación (7).
4. **PNAC para Fenilcetonúricos:** Programa dirigido a prevenir el retardo mental que produce esta patología metabólica si no es tratada oportuna y adecuadamente, mediante la entrega de sustitutos lácteos libres de fenilalanina (8). Proporciona este tipo de alimento a la totalidad de los niños con fenilcetonuria (PKU) que nazcan en cualquier servicio de salud del país, desde el momento del diagnóstico a través del programa nacional de detección precoz de fenilcetonuria en cumplimiento de la política de acceso y equidad (8).

La cobertura de este programa desde el año 2003 y hasta el año 2007, fue hasta los 14 años de edad. A contar del 2008 se extiende su cobertura hasta los 18 años y embarazadas PKU. Ello asegurará mejores condiciones para el desarrollo cognitivo, capacidad de aprendizaje en todo el período de escolaridad obligatoria y evitará trastornos conductuales que impedirían el desarrollo de sus potencialidades. La extensión de este programa a las embarazadas PKU, asegurará desarrollo fetal normal, previniendo la microcefalia, peso de nacimiento menor de 2.5 Kg, cardiopatía congénita y posterior retardo mental (9).

Los productos que conforman el PNAC, se describen a continuación:

- **Leche Purita fortificada:** Leche entera en polvo fortificada con hierro (10 mgs./100g.), cobre (0.4mgs./100g.), zinc (5,0 mgs./100g.) y ácido ascórbico (70 mgs./100g.). Se distribuye a lactantes con condición de lactancia materna predominante y/o fórmula predominante hasta cumplir el 6º mes de vida y todos los lactantes desde los 6 meses hasta los 18 meses de vida, a través del PNAC Básico y el PNAC de Refuerzo según corresponda a su estado nutricional (10).

La fortificación de la Leche Purita desde el año 1999, ha demostrado disminución de la prevalencia de anemia en menores de dos años beneficiarios del PNAC desde un 30% en 1999 a un 8% el 2001 (11).

En la actualidad se están desarrollando estudios de impacto en la prevalencia de anemia del menor de 2 años y la valoración social del producto por parte de las familias.

- **Purita Cereal:** Alimento en polvo, instantáneo para preparar una fórmula infantil con base en leche semidescremada y cereales hidrolizados, alta en calcio y fortificada con hierro, cobre, zinc, ácido ascórbico, vitaminas A, E y complejo B. Es distribuida a niños y niñas desde los 18 meses hasta los 6 años de edad.

Desde el año 2004, se modificó la formulación de este tradicional producto del PNAC, reduciendo su aporte calórico al sustituir la leche entera 26% MG, por leche semidescremada 18% MG y se restituyó el contenido de calcio de la leche, aumentando la fortificación desde 500 mg/100g. a 900 mg/100g. Este producto se entrega en PNAC Básico y Refuerzo (12).

- **Purita Mamá:** Es un producto en polvo, instantáneo para preparar una bebida láctea semidescremada, con base en leche y cereales, fortificada con micronutrientes y adicionada con omega 3 de cadena larga, DHA Preformado y EPA (Acido Eicosapentaenoico), baja en grasa total y sodio. Es distribuida a mujeres embarazadas y madres que amamantan hasta el 6º mes post parto, a través del PNAC básico y de refuerzo (13).

Este producto ha sido incorporado a contar del 2º semestre 2008 en el PNAC, sustituyendo la entrega de la tradicional Leche Purita Fortificada a mujeres embarazadas e incorporando en el beneficio a las madres que amamantan hasta el 6º mes post parto (14).

- **Mi Sopita:** Es un producto en polvo para preparar una sopa crema infantil en base a leguminosas y cereales constituido de cuatro variedades; ave, vacuno, legumbres y verduras. Su densidad calórica es de 400Kcal/100g y preparado de 1Kcal/cc, contenido proteico de 12% fibra 4g/100g, fortificado con Vitamina A, D, E, C y complejo B, calcio, hierro, magnesio, zinc (15).

Este alimento sustituyó al arroz en la entrega de alimentos complementarios del PNAC de refuerzo a partir del año 2003, este cambio mejoró el perfil nutricional del producto y su focalización a beneficiarios al disminuir la dilución intrafamiliar que el arroz presentaba (16).

Estudios recientes han demostrado que el producto presenta la ventaja de detener y evitar la progresión del deterioro nutricional, en los beneficiarios con velocidad de crecimiento disminuida (17).

- **Formulas Infantiles Especiales:** Corresponde a fórmulas de inicio para lactantes prematuros, adicionadas con Acido Docosahexaenoico preformado (DHA) que son entregadas hasta el 6° mes de edad gestacional corregida (EGC), y Fórmulas de Continuación para niños nacidos de término, que son entregadas a partir del 6° mes de edad (EGC) y hasta los 12 meses (EGC) (18). Son entregados a los beneficiarios del PNAC para Prematuros.
- **Sustitutos Lácteos:** Corresponde a Sustitutos lácteos libres de Fenilalanina que se entregan a los beneficiarios del PNAC para Fenilcetonúricos. El Programa entrega productos con un perfil nutricional para cubrir los requerimientos proteicos de cada edad. Los productos entregados presentan concentraciones de proteínas libres de fenilalanina de 15%, 30%, 60% y 80% para los beneficiarios de los diferentes grupos etáreos, desde el nacimiento hasta los 18 años de vida y mujeres embarazadas con fenilcetonuria (19).

El volumen de entrega anual (2007) de productos a beneficiarios de los diversos subprogramas del PNAC y las coberturas actualizadas en el último censo Junio 2008, se presentan en las Tablas N°1 y N°2.

TABLA 1:

Kilos de productos distribuidos según tipo de alimento. Chile, 2007

TIPO DE ALIMENTO	KILOS ENTREGADOS
Leche Purita Fortificada	7.558.725
Purita Cereal	7.851.952
Mi Sopita	309.320
Fórmulas PNAC Prematuros	73.738
Sustitutos Lácteos PKU	3.000
Total	15.796.735

Fuente: DEIS – MINSAL 2007

TABLA 2:

Cobertura PNAC por grupo de edad, Censo MINSAL al 30/06/08

EDAD	POBLACION BAJO CONTROL	RETIRAN PNAC	%
0 – 24 meses	334.370	293.954	87.9
Subt. Infantil(0-6 años)	944.776	778.508	82.4
Embarazadas	101189	89.741	88.7
Total PNAC	1.045.965	868.249	83.0

Fuente: DEIS – MINSAL Junio 2008

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR (PACAM)

De acuerdo al censo 2002, el 11,4% de la población chilena tiene 60 años o más y las proyecciones muestran un sostenido crecimiento del grupo mayor de 60 años.

Este grupo de adultos mayores se encuentra en una clara situación de riesgo nutricional la que se origina por un lado por los cambios fisiológicos (disminución masa muscular, aumento de grasa total y visceral, alteración función inmune) y/o patológicos que acompañan al proceso de envejecimiento y por otro lado, por su situación socioeconómica.

Estudios realizados durante el año 1998 es una muestra representativa de mayores de 65 años de las comunas pobres de la Región Metropolitana, demostró que el consumo de la mayor parte de alimentos era muy inferior a la ingesta recomendada, excepto en pan. Esto reflejó una baja adecuación a las recomendaciones de casi todos los nutrientes estudiados, especialmente calcio, zinc, vitamina A, fibra, energía y proteínas (20).

Otros estudios más recientes efectuados en Santiago en los años 2004/2005 han revelado una alta prevalencia de deficiencia de vitamina B12 y D (35% y 40% respectivamente, (21)

El PACAM se crea en el año 1999 como un conjunto de actividades de apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y curativo,

a través de las cuales se distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores, en los establecimientos de atención primaria del sistema nacional de servicios de salud (22).

Es un programa alimentario destinado al adulto mayor de alto riesgo, cuyo objetivo es contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor con el fin de mejorar su calidad de vida. El PACAM es un componente integral del Programa de Salud del Adulto Mayor y se vincula a otras actividades preventivas y curativas, como promoción de envejecimiento saludable, mantenimiento y o mejoramiento de funcionalidad física y síquica, detección de factores de riesgo que pongan en peligro la funcionalidad, educación sanitaria y nutricional y otros programas sociales orientados a superar la pobreza y marginalidad de este grupo etáreo (22).

El PACAM distribuye anualmente alrededor de 7 millones de kilos de alimentos a lo largo del país a más de 370 mil beneficiarios de FONASA, con los siguientes criterios de focalización:

- Adultos de 70 y más años(representan el 96% del total de beneficiarios PACAM).
- Adultos de 65 y más años con tratamiento antituberculoso
- Adultos de 60 y más años pertenecientes a centros de larga estadía (Hogar de Cristo)
- Adultos de 65 y más años pertenecientes a Chile Solidario

En la actualidad el programa entregamos los siguientes productos:

Crema Años Dorados: Alimento en polvo, instantáneo, para preparar sopa crema, a base de leguminosas, cereales y verduras deshidratadas, aceites vegetales, bajo en sodio y libre de colesterol, fortificado con Vitaminas A, D, E, C y complejo B, calcio, fósforo, hierro, magnesio, zinc. Se distribuye en 4 variedades: Arvejas, Espárragos, Lentejas y Verduras (23).

Bebida Láctea Años Dorados, Alimento en polvo, instantáneo, para preparar una bebida láctea, a base de leche y cereales, bajo en grasa total y sodio, reducido en lactosa y fortificado con Vitaminas A, D, E, C y complejo B, calcio, fósforo, hierro, magnesio, zinc (24).

La adherencia del PACAM ha crecido significativamente desde su creación en el año 1999 período en el cual el número de beneficiarios que retiraba activamente era solo de 40.000, se incrementó hasta 149.000 en el año 2004, 196.000 en el año 2005 y 299.600 el 2006 luego de la introducción de la Bebida Láctea Años Dorados.

La introducción de la *Bebida Láctea* en el año 2005 no solo ha consolidado la adhesividad al programa, sino también la combinación de la entrega de ambos productos se ha traducido en una mayor cobertura de micronutrientes, entre ellos vitaminas; A, C y E y los minerales calcio y hierro y notablemente significativa en el caso de las vitaminas; B12, C y E, y los minerales zinc y calcio. (25)

Los volúmenes de productos entregados a población beneficiaria y las coberturas actualizadas, se presentan a continuación:

TABLA 3:
Distribución de crema años dorados (kilos) según grupos de edad. Chile, 2007

Grupo de edad	Kilos acumulados
70 años y más	3.645.479
65 años y más Chile Solidario	124.471
65 años y más con TBC	3.090
60 años y más Hogar de Cristo	14.835
Otros convenios	8.066
Total	3.795.941

Fuente: DEIS – MINSAL 2007

TABLA 4
Distribución de bebida láctea (kilos) según
grupos de edad. Chile, 2007

Grupo de edad	Kilos acumulados
70 años y más	3.643.011
65 años y más Chile Solidario	124.387
65 años y más con TBC	3.094
60 años y más Hogar de Cristo	14.927
Otros convenios	8.067
Total	3.793.386

Fuente: DEIS – MINSAL 2007

TABLA 5:
Programa de Alimentación Complementaria del
Adulto Mayor (PACAM) Coberturas total País,
Junio 2008

EDAD	Población Bajo Control	Retiran PACAM	%
≥ 70 años (excluye Chile Solidario, TBC, Hogar de Cristo y Otros Convenios)	379.104	333.863	88.1

Fuente: DEIS – MINSAL Junio 2008

En la actualidad, el PACAM ha alcanzado una cobertura del 40% de los adultos mayores de 70 años y más beneficiarios de Fonasa, incrementándose en 3 puntos respecto al período 2007.

A través del PACAM se espera que la entrega de un alimento complementario al adulto mayor, prevenga y trate carencias de micronutrientes, mejore la detección de patologías crónicas a través de una mejor adherencia a programas de salud y promueva un trabajo integral con el adulto mayor.

Bajo la hipótesis que un programa de alimentación complementaria y ejercicio físico mejora la salud y el bienestar de los adultos mayores, a través de la prevención de las enfermedades y la discapacidad, se está desarrollando el proyecto CENEX – Chile, efectuado por el INTA-Universidad de Chile, el Ministerio de Salud y la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Este estudio permitirá el año 2009, contar con la evaluación costo-efectividad de un programa de intervención nutricional y actividad física, para adultos mayores

de nivel socioeconómico medio y bajo que viven en Santiago.

DESAFÍOS DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

El gran desafío de los Programas Alimentarios es su modernización. Si bien este proceso ya ha comenzado desde hace algunos años con la focalización a grupos más vulnerables de población (Prematuros y Fenilcetonúricos) y el cambio del perfil nutricional de sus productos en respuesta a los cambios del perfil epidemiológico del país, los próximos desafíos se centran en la modernización de su gestión y aplicación de nuevos modelos de distribución, el lanzamiento de productos altamente focalizados y el desarrollo de envases más amigables con el medio ambiente. A continuación se describen los avances en esta materia:

1. Modernización de la gestión y nuevo modelo de distribución

Si bien el sistema actual ha demostrado ser bastante eficaz en su objetivo de entregar alimentos complementarios e impactar nutricionalmente a la población objetivo, diversos estudios realizados desde el año 2004, han demostrado que estos programas presentan algunas debilidades en su gestión que se traducen en falta de flexibilidad y eficiencia operacional.

El diagnóstico inicial en la situación de los Programas Alimentarios, presentado por el grupo de investigadores de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile en los años 2004 - 2005, demostraron una serie de aspectos mejorables en un proceso de modernización, entre los más destacables:

- Reducción de costos operativos (reducción de costos de productos, distribución y mermas).
- Optimización del uso de recursos sanitarios destinados en la actualidad a funciones administrativas y operativas.
- Reducción del riesgo sanitario vs cadena actual de múltiples actores.
- Optimización de tecnologías de control.

El diseño y análisis de diversos modelos de gestión y distribución, aplicables a este proceso de modernización fue desarrollado por los equipos de investigadores del DICTUC. Entre estos modelos, el uso de una tarjeta magnética que se activa después del control de salud y permite posteriormente el retiro de los productos de los programas desde la red de establecimientos comerciales afiliados al sistema (supermercados y farmacias), ha sido el modelo elegido para su implementación en un proyecto Piloto (26).

Este modelo presenta ventajas a usuarios (flexibilidad en lugar, hora y fecha del retiro), equipos de salud (liberación de carga administrativa, mayor concentración a las acciones de salud), Ministerio de Salud (disminución de costos, mermas, riesgos sanitarios) y Red de Comercio (potenciales clientes cautivos), que deberán ser evaluados y comprobados en una experiencia piloto.

2. Focalización del PNAC con la incorporación de PURITA MAMA

Purita Mamá ha reemplazado desde Agosto 2008 la entrega de Leche Purita Fortificada a mujeres embarazadas y madres que amamantan hasta el 6º mes post parto. Corresponde a una Bebida Láctea con menor contenido de grasa (elaborada con leche descremada), sodio y lactosa, fortificada con vitaminas y minerales en respuesta a las necesidades nutricionales de ambos estados fisiológicos de la mujer (13).

Su principal ventaja es la incorporación de ácidos grasos omega-3 de cadena larga, específicamente DHA preformado, nutriente esencial para el desarrollo cerebral y retiniano del feto y del recién nacido (14).

Con Purita Mamá, el PNAC apuesta a:

- Centrar la intervención en la embarazada y madre que amamanta
- El PNAC de la mujer se transforma en un "PNAC del binomio madre/ hijo (a)"
- Fortalecer la lactancia materna

- Desarrollo de potencialidades desde la gestación.

Perfil Nutricional de Purita Mamá:

- Aporta 60 mgs. de DHA preformado por cada porción de consumo
- Incrementa 2,3 veces por porción de consumo, el aporte de Calcio en relación a la leche en polvo
- Reduce un 10% el aporte de Lactosa en relación a la leche en polvo
- Mejora la cobertura de vitaminas y minerales al estar fortificada con micronutrientes según las DDR para el período de embarazo y lactancia
- Reduce un 53% el aporte de grasa totales en relación a la leche entera en polvo.

Diversos estudios han demostrado que un mayor aporte de DHA en el embarazo y en las formulas infantiles, reduce la proporción de partos prematuros y de RN con RCIU, mejora la agudeza visual y el desarrollo psicomotor del niño, aún hasta los 4 años de vida (27,28).

3. Nuevos envases amigables con el medio ambiente

Los actuales envases de los productos PNAC-PACAM corresponden a bolsas elaboradas de trilaminado compuesto por polietileno, polipropileno y aluminio, que si bien han representado un verdadero avance en cuanto a protección de la calidad, vida media e imagen de los productos, éstos pueden mejorarse aún más con las nuevas alternativas tecnológicas que la empresa especializada nos brinda en la actualidad.

Con el trabajo conjunto de la academia y la empresa privada (proveedores PNAC-PACAM activos), se está desarrollando durante el año 2008 un estudio que permitirá realizar los cambios necesarios para contar con especificaciones técnicas validadas que permitan contar con nuevas alternativas de envases que manteniendo las fortalezas de los actuales, agregue valor en

cuanto a su impacto medioambiental y costos para el programa, disminuyendo a niveles marginales y/o eliminando el contenido de aluminio que en la actualidad estos envases poseen.

Los objetivos planteados en este estudio son:

- Modificación de especificaciones técnicas para adquisiciones 2009
- Reducción del impacto medioambiental
- Optimización de costos
- Optimización del rendimiento productivo
- Optimización de la calidad
- Reducción de mermas por problemas de sellado.

CONCLUSIONES

Los programas alimentarios constituyen una herramienta de intervención nutricional relevante para los nuevos desafíos que nos exigen la actual situación epidemiológica y nutricional del país. Por su amplia cobertura, buena aceptabilidad y valoración social, constituyen un vehículo donde podemos incorporar nutrientes críticos de alto impacto en políticas de salud pública, aportando a políticas de equidad, acceso y desarrollo en el país ejemplo de ello es la incorporación de micro y macronutrientes tales como hierro, vit. B12, calcio, omega 3.

Hoy estos programas siguen vinculados al control de salud y siguen siendo un apoyo a la estrategia de intervención nutricional en el ciclo vital, su dinamismo y adaptaciones expresan los cambios que vive la salud pública hoy en Chile. Finalmente, y a la luz de esta revisión y actualización del quehacer de los Programas Alimentarios, se evidencia que las tareas por enfrentar son múltiples, siendo prioritario avanzar en la evaluación y análisis del impacto económico y nutricional de estos programas.

Referencias

1. Mönckeberg F. *Prevención de la desnutrición en Chile, experiencia vivida por un actor y espectador.*

2. *Rev. Chil. Nutr. Vol 30, Suplemento N°1, Diciembre 2003.*
3. Ministerio de Salud, Watt's S.A. *Nutrición para el Desarrollo, el modelo Chileno.* Imprenta Pehuén, Santiago de Chile, 2006.
4. Riumalló J, Pizarro T, Rodríguez-Osiac L, Benavides X. *Programas de Suplementación Alimentaria y de Fortificación de Alimentos con micronutrientes en Chile.* *Cuad Méd Soc* 2004; 43: 53-60.
5. www.minsal.c. *Temas de salud. Estadísticas.*
6. *Situación Nutricional en Chile, Atalah E, y Amigo H. En: Ruz M., Araya H., Atalah E. y Soto D. Eds. Nutrición y Salud. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Nutrición. 1996. 381-394.*
7. *Vio del Rio F, Kain B.J. Capítulo 1 Epidemiología de la Obesidad en Obesidad un enfoque integral. Editado por: Cruchet S., Rozowski J. Santiago, Chile 2007.*
8. Ministerio de Salud. *Normas técnicas PNAC y PNAC Prematuro.* [http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/NORMAPROGRAMAPNAC.pdf](http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/NormaProgramaNacionaldeAlimentacionComplementaria.pdf)
9. Cornejo V, Raimann E. *Diagnóstico, clínica y tratamiento de la Fenilketonuria (PKU).* *Rev Chil Nutr* 2004; 31: 25-30.
10. Ministerio de Salud. *Normas técnica PNAC Fenilcetonúricos.(PKU)* <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/ManualPNAC-PKU.pdf>
11. Ministerio de Salud. *Especificaciones Técnicas Leche Purita Fortificada.* <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/etecnicaspuritafortificada.pdf>
12. Hertramf E, Olivares M, Pizarro F, Walter T. *Impact of iron fortified milk in infants: evaluation of effectiveness.* *Ann Nutr Metab* 2001; 45: 117.
13. Ministerio de Salud *Especificaciones Técnicas Purita Cereal* <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/tecnicaspuritacerealagosto2007.pdf>
14. Ministerio de Salud. *Especificaciones Técnicas Bebida Láctea para embarazadas y nodrizas* <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/tecnicasbebidalacteanov2007.pdf>

14. <http://puritamama.redsalud.gov.cl/>
15. Ministerio de Salud. Especificaciones Técnicas Mi Sopita http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/especificaciones_misopita.pdf
16. Pizarro T, Rodríguez L, Benavides X, Atalah E. Evaluación de la aceptabilidad y consumo de un nuevo producto del Programa Nacional de Alimentación Complementaria: Mi Sopita. *Rev Chil Péd* 2006; 77: 356-62.
17. Rodríguez L, Pizarro T, Benavides X, Atalah E. Evaluación del impacto de una intervención alimentario nutricional en niños(as) chilenos(as) con malnutrición por déficit. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78: 376-383
18. Ministerio de Salud. Especificaciones Técnicas Programa de Alimentación Complementaria del Prematuro Extremo <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/etecnicaspnacagosto2007.pdf>
19. Ministerio de Salud. Especificaciones Técnicas Programa de Alimentación Complementaria para Fenilcetonúricos <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/Especificacionestecnicassustitutoslacteos.pdf>
20. Atalah y cols. *Rev. Med. Chile* 1998; 126: 489-96
21. Sánchez R Hugo, Angel Barbara, Lera Lydia, Albala Cecilia. MICRONUTRIENTES EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL GRAN SANTIAGO. CONGRESO CHILENO DE MEDICINA INTERNA 2006. Libro Resumen TL11, p124
22. Ministerio de Salud. Manual Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/manualpacam2001.pdf>
23. Ministerio de Salud. Especificaciones Técnicas Cremas Años Dorados http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/Especificaciones_cremaanosdorados.pdf
24. Ministerio de Salud. Especificaciones Técnicas Bebida Láctea Años Dorados <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/ETecnicasbebidalactea.pdf>
25. Masi C, Atalah E. Análisis de la aceptabilidad, consumo y aporte nutricional del programa alimentario del adulto mayor. *Rev Med Chile* 2008; 136: 415-422.
26. Evaluación del Modelo de Distribución de los productos PNAC –PACAM y diseño de un nuevo modelo. http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/alimentosynutricion/programaalimentario/evaluacio_modelo_distribucion_pnac_pdf
27. Sanhueza, Julio, Nieto, Susana and Valenzuela, Alfonso Acido Docosahexaenoico (DHA), Desarrollo Cerebral, Memoria y Aprendizaje: La importancia de la Suplementación Perinatal. *Rev Chil Nutr* 2004; 31: 84-92.
28. Gaete M, Atalah E, Araya J. Efecto de la suplementación de la dieta de la madre durante la lactancia con ácidos grasos omega 3 en la composición de los lípidos de la leche. *Rev Chil Pediatr* 2002; 73: 239-247.