

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

ANEXO N°1

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES  
LISTA DE PROGRAMAS A EVALUAR DURANTE EL AÑO 1997

Institución	Programas	Ppto'97 Miles \$
Ministerio de Educación	Programa de Escuelas de Sectores Pobres (P-900)	1,135,269
	Proyectos de Mejoramiento Educativo (PME)	3,202,499
	Programa de Alimentación Escolar	45,531,293
Ministerio de Salud	Programa Nacional de Alimentación Complementaria <b>PNAC-4</b>	30,482,206
	Reforzamiento de la Atención Primaria (SAPU)	7,223,597
Ministerio de Vivienda y Urbanismo	Pavimentación Participativa	40,248,250
	Mejoramiento Comunitario	2,532,000
	Programa de Subsidios Especiales	19,281,303
Ministerio de Planificación y Cooperación	Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar-Capacitación Laboral	733,440
	Asistencia y Capacitación a Microempresarios	5,878,319
Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Fondo Nacional de Subsidio Familiar (SUF)	29,667,990
	Fondo Nacional de Pensiones Asistenciales (PASIS)	97,579,711
	Programa Capacitación Laboral Fase II (SENCE)	9,115,590
	(FOSIS)	3,424,895
Ministerio Economía	Bonificación Inversiones de Riego y Drenaje Ley 18450	8,651,000
	Fontec	6,191,424
Ministerio de Agricultura	Transferencia Tecnológica (PTT INDAP)	11,408,437
Ministerio de Bienes Nacionales	Programa Saneamiento de Títulos Banco Mundial	800,861
Ministerio de Obras Públicas	Programa Agua Potable Rural (APR)	12,739,125
Ministerio del Interior	Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR)	118,048,389
Ministerio de Minería	Programa de Asistencia y Modernización de la Minería Artesanal	791,250

**MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES**

## **INFORME FINAL DE EVALUACIÓN**

# **PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. (PNAC.)**

## **MINISTERIO DE SALUD**

### **PANEL DE EVALUACIÓN:**

**CRISTIAN AEDO - Evaluador Externo (Coord.)  
FRANCISCO MARDONES - Evaluador Externo  
MARIA INÉS ROMERO - Evaluadora Externa  
SONIA ARAIZ - MIDEPLAN.**

**AGOSTO - 1997**

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

# FORMATO “A”

CORRESPONDE A LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO  
EVALUADO EN FUNCIÓN DE LOS ANTECEDENTES  
ENTREGADOS POR LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE SU  
EJECUCIÓN, SISTEMATIZADO POR EL PANEL DE  
EVALUACIÓN

MINISTERIO DE HACIENDA

DIRECCION DE PRESUPUESTO

PROGRAMA DE EVALUACION DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS - FORMATO A

FICHA DE SINTESIS DE INFORMACION DE PROYECTO/PROGRAMA

<b>I. DATOS BASICOS DE PROYECTO/ PROGRAMA</b>	
<b>1.- Nombre del Proyecto/Programa</b>	<b>Código</b>
Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).	04
<b>1.1.- En caso de ser Proyecto, Programa o Política a la cual se vincula o es parte:</b>	
Si bien este es un Programa que tiene recursos especialmente asignados para su funcionamiento, forma parte del Programa de Salud Materno-Infantil. A nivel general, el PNAC se vincula con el objetivo de las políticas de salud que es mejorar las condiciones de vida de los chilenos a través de: i) actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud; ii) mejoramiento de la equidad en salud; y iii) aplicación de la estrategia de Atención Primaria, que conlleva los conceptos de participación, respuesta oportuna, cercana a la gente y con tecnología adecuada. El Programa es también compatible con las metas ministeriales que expresan “producir acciones valorables para la gente en forma directa, orientar la gestión hacia la satisfacción del usuario y mejorar los indicadores biomédicos”.	
<b>2.- Ministerio Responsable:</b>	
Ministerio de Salud de Chile.	
<b>2.1.- Servicio Responsable (si corresponde):</b>	
Departamento de las Personas dependiente de la División de Salud de las Personas.	
<b>2.2.- Unidad Interna responsable directa del proyecto/programa:</b>	
Unidad de Nutrición Programa Nacional de Alimentación Complementaria.	
<b>2.3.- Nombre del profesional responsable del proyecto/programa:</b>	
Dra. Cecilia Castillo L.	
<b>3.- Año de inicio del proyecto/programa:</b>	
El Programa tiene su inicio en el año 1937.	
<b>3.1.- Principales cambios introducidos por año (si corresponde):</b>	

El PNAC ha mantenido durante parte de su historia, la característica de programa universal, en el cual sus beneficiarios que cumplen con los controles de salud pueden acceder a la entrega de alimentos. Sus principales cambios a partir de la década de los ochenta son (un mayor detalle puede ser encontrado en el Anexo 1):

<b>AÑO</b>	<b>CAMBIO</b>
<b>1977:</b>	Se subdivide el programa en: (1) Programa Básico de tipo universal; y (2) Programa de Refuerzo por desnutrición (clasificados de acuerdo al patrón SEMPE, por peso/edad $<-1$ desviación estándar).
<b>1982:</b>	Se limita la realización de controles de salud y la distribución de los productos del PNAC a los centros de atención primaria del SNSS.
<b>1983:</b>	Se reemplaza la subdivisión anterior del programa por la siguiente: (1) Programa Básico de tipo universal; (2) Programa de Refuerzo por riesgo biomédico; y (3) Programa de Refuerzo por riesgo socioeconómico. El riesgo biomédico se define en los menores de 2 años de la misma manera anterior, mientras que en el grupo de 2-5 años se utilizan dos criterios: a) incremento de peso insuficiente entre dos controles de salud de acuerdo a las normas NCHS/OMS; y b) peso/talla según patrón NCHS/OMS menor a $-1$ desviación estándar.
<b>1985:</b>	Se elimina el Programa de Refuerzo por riesgo socioeconómico.
<b>1987:</b>	A partir de este año la condición de riesgo biomédico en la embarazada se define por la curva de Rosso y Mardones.
<b>1989:</b>	Se permite a la población adscrita al sistema ISAPRE, a los familiares de los miembros de las Fuerzas Armadas y del Orden, y a FONASA libre elección retirar los alimentos en los centros del sistema de salud del SNSS.
<b>1993:</b>	Desde fines de este año se usan las tablas NCHS/OMS, en reemplazo de las tablas de SEMPE, como patrón para evaluar estado nutricional en todos los menores de 6 años.
<b>1993:</b>	Se cambia la clasificación de desnutrición: Anteriormente se clasificaba como desnutridos a los menores de 2 años con peso/edad menor a $-1$ desviación estándar y a los niños 2-5 años con peso/talla menor a $-1$ desviación estándar. A partir de fines de este año, se considera desnutrido al menor de 2 años cuyo peso/edad se ubique por debajo de $-2$ desviaciones estándar y en riesgo a aquél

que se ubique entre -2 y -1 desviaciones estándar. En los preescolares, 2 a 5 años, se considera desnutrido a aquél cuyo peso/talla se ubique por debajo de -2 desviaciones estándar y en riesgo al que se ubique entre -2 y -1 desviaciones estándar. Los cambios señalados en la nomenclatura no afectan la inclusión en el PNAC de refuerzo; en el caso de los niños clasificados en riesgo sólo pueden permanecer un máximo de 6 meses en el PNAC de refuerzo.

**1993:** A partir del cambio del patrón antropométrico se reformuló la norma programática de manejo ambulatorio del niño con malnutrición. La nueva normativa implicó cambiar de un enfoque puramente antropométrico en el diagnóstico del estado nutricional del niño a una visión integral que considera el análisis de la curva de crecimiento del niño, sus antecedentes familiares, patologías intercurrentes e historia alimentaria (ver Anexo 2, Normas Programa). Ello también consideró un importante esfuerzo de capacitación al personal y revisión de los contenidos educativos a entregar a las madres.

**4.- Aporte fiscal (en millones de pesos):**

1994	1995	1996	1997
24.124	27.050	30.112	30.482

**4.1.- Gasto Ejecutado (en millones de pesos):**

1994	1995	1996	1997
24.124	27.050	30.112	30.482

**Fuente:** Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda de Chile.

**II.- CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DEL PROYECTO/PROGRAMA**

**5.- Justificación que da origen al proyecto**

**5.1.- Justificación a nivel de política públicas:**

Hacia 1937, año en el cual tiene inicio este programa, existían altas tasas de malnutrición por déficit las que se reflejaban tanto en la morbilidad como en la mortalidad infantil. Esta situación afectaba la productividad de los adultos preocupados de recuperar el estado de salud de sus niños y constituía un serio obstáculo al desarrollo futuro de estos menores, tanto en sus dimensiones personales como laborales.

Dado que en aquella época el rol del Estado incluía una fuerte preocupación por el bien común de la población, existieron las condiciones para que el programa se transformara en una Política de Estado.

### **5.2.- Justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar:**

Para justificar el inicio del PNAC en 1937 se planteó que la mortalidad infantil superaba largamente el nivel de 200 por mil nacidos vivos, que la lactancia materna había declinado dramáticamente, que no existiendo sustitutos lácteos confiables para alimentar a los niños se elegían las harinas como elemento fundamental de la dieta con graves efectos en el estado nutricional infantil y que la población infantil no era atraída a los controles de salud. Esta situación afectaba principalmente a los menores provenientes de familias de menores ingresos.

### **5.3.- Antecedentes constitucionales, legales, administrativos, de políticas de inversión que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad:**

La Constitución de 1833 dictó cuerpos legales relativos a la Salud Pública, pero no fue sino hasta la Constitución de 1925 en que se tiene referencia expresa al derecho a la salud en el artículo relativo a garantías constitucionales, estableciendo que “es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país, debiendo destinarse una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio Nacional de Salubridad”.

La Constitución de 1980 en su artículo 19, inciso 9 titulado “El derecho a la protección de la salud” dejó establecido que: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de Instituciones Públicas o Privadas, en la forma y condiciones que determine la Ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

En 1938 la Ley 6.236 llamada "ley madre y niño" aprobó un conjunto de actividades de tipo preventivo entre las cuales se contempló la distribución de alimentos por el estado a través del sector salud.

Después de los diversos cambios organizativos del sector salud, la Ley 18.682 de 1987 ha dado un marco legal a este programa de entrega de alimentos. En su artículo 68 dice textualmente: "Declárase que los beneficios contemplados en el programa de alimentación complementaria constituye un subsidio estatal especial financiado con aporte fiscal. Corresponderá al Ministerio de Salud determinar los productos que conforman dicho programa, así como dictar las normas para su distribución. En estas normas y en su aplicación deberá otorgarse especial prioridad a los niños hasta los 6 años de edad y a las mujeres embarazadas y

puérperas en riesgo biomédico y de escasos recursos, independientemente de su situación laboral o previsional o de régimen de atención de salud al cual se encuentren afectos.

Es importante destacar que el país se ha vinculado a compromisos internacionales, destacando la Cumbre en Favor de la Infancia de 1992.

Desde el punto de vista de las políticas de inversión y gasto social, su fundamentación radica en la contribución del proyecto a principios como solidaridad, equidad e igualdad de oportunidades, implementados a través de mecanismos redistributivos para asistir a segmentos de la población en condiciones de desigualdad.

El PNAC se inscribe dentro de los proyectos de intervención consistentes con la teoría del capital humano, la que sugiere realizar inversiones desde temprana edad en salud, educación, nutrición, desarrollo psicomotor, entre otros, como insumos indispensables para mejorar tanto la productividad como los ingresos laborales de largo plazo.

## **6.- Supuestos que están involucrados en la ejecución del proyecto/programa**

### **6.1.- A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutora:**

Se supone un funcionamiento adecuado de la atención primaria donde se otorgan los controles de salud (requisito indispensable para acceder al PNAC), se entregan los alimentos y se mantiene un flujo de información que llega hasta el nivel central con los datos mensuales de cobertura, estado nutricional y retiro de alimentos. Los controles de salud son responsabilidad de los profesionales de la salud (Médico, Enfermera, Matrona y Nutricionista) y en algunos casos de las auxiliares de enfermería. La atención primaria de salud está basada fundamentalmente en los consultorios y postas rurales que están en su gran mayoría municipalizados. También debe considerarse por una parte la presencia de la auxiliar encargada que realiza la entrega y el registro de los productos retirados y por otra parte, la existencia de las facilidades necesarias para almacenar los alimentos en forma segura e higiénica (bodega de alimentos).

Se supone un funcionamiento adecuado de la Central de Abastecimientos del Ministerio de Salud (ver punto 9, del presente Formato), quien realiza las compras de los alimentos del PNAC en forma de licitaciones públicas y por poder de los Servicios de Salud. La Central de Abastecimientos es responsable también del control de calidad de los alimentos comprados.

Se supone que los Servicios de Salud programen e implementen adecuadamente un programa de compras y bodegaje de los alimentos.

### **6.2.- A nivel de otras instituciones públicas:**

Se supone que existe un financiamiento adecuado y expedito para el funcionamiento del

programa, el cual es aprobado por el Ministerio de Hacienda y el congreso.

**6.3.- A nivel de las condicionantes sociales, económicas y políticas:**

Siendo un programa de tipo universal, se supone que no existen condicionantes de tipo social, económico ni político que afectan el criterio de elegibilidad para ser beneficiario del programa.

**6.4.- A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras:**

Las empresas privadas que ganan las licitaciones de alimentos los transportan directamente a los servicios de salud o consultorios. Diversas medidas de control aplicadas por la Central de Abastecimiento impiden la falta de entrega a tiempo de los alimentos o su entrega con envases defectuosos por parte de estas empresas. A partir de la bodega receptora se registra el estado, cantidad y entrega oportuna de los alimentos, elevándose un informe que llega hasta la Central de Abastecimiento quien aplica multas en los casos que corresponda.

**7.- Objetivos del Proyecto / Programa**

**7.1.- ¿Cuál es o cuáles son los objetivos de resultados planteados por el programa?**

El Propósito del PNAC es:

- Lograr un desarrollo adecuado del embarazo.
- Lograr una lactancia exitosa durante los primeros meses de vida del niño.
- Lograr un desarrollo y crecimiento normal del niño.

Sus objetivos son:

- Fomentar el crecimiento y desarrollo normal del niño menor de 6 años desde la gestación, a través del apoyo alimentario otorgado a la madre durante el embarazo y post parto y al niño bajo control.
- Proteger la salud de la madre durante el embarazo y lactancia mediante el apoyo alimentario, asegurando condiciones nutricionales satisfactorias para embarazos ulteriores.
- Promover la lactancia materna mediante el apoyo nutricional de la embarazada y de la mujer que amamanta.
- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Prevenir y corregir el déficit nutricional en los niños bajo control.
- Contribuir al cumplimiento de los programa materno e infantil, estimulando la asistencia a controles de salud y favoreciendo por lo tanto la ejecución de otras actividades de medicina preventiva.

**7.2.- ¿Cuáles son los indicadores que permitirán observar el cumplimiento de los**

### objetivos de resultado o de desarrollo del programa?

El gobierno de Chile en el Documento "Metas y Líneas de Acción en Favor de la Infancia: Compromisos con los Niños de Chile para la Década", República de Chile, 1992, establece una serie de indicadores de nutrición y salud materno infantil que son atingentes para alcanzar los objetivos antes mencionados. A continuación se presentan estos indicadores al igual que alguna información disponible para el Panel de Expertos relativa a: i) la situación base existente en 1990; ii) metas para el año 2000; y iii) el logro de éstas.

Los indicadores relativos a **estado nutricional** son los siguientes:

	Base Año 1990 (%)	Meta Año 2000 (%)	Logro 1996 (%)
- Porcentaje de embarazadas con relación peso/talla baja al momento del parto.	25	15	17 (1994)
- Porcentaje de niños lactantes anémicos (hemoglobina = 10 g/dl)	nd	10	20
- Porcentaje de madres embarazadas anémicas	nd	10	nd
- Porcentaje de bajo peso al nacer (menor a 2,5 kg.)	6.9	6.0	5
- Porcentaje de niños con peso insuficiente al nacer (entre 2,5 y 2,99 kg.)	21	10	16.5 (1994)
- Porcentaje de niños que reciben alimentación natural exclusiva a los 4 meses	44	80	59.4 (1993)
- Porcentaje de niños que reciben alimentación natural parcial a los 12 meses	19	35	24 (1994)
- Tasa de desnutrición total (< -1 D.E. patrón peso/edad OMS) en niños menores de 6 años	12	10.5	8.8 (1995)
- Tasa de desnutrición moderada y severa (< -2 D.E. patrón peso/edad OMS) en niños menores de 6 años	1.1	0.6	0.9 (1995)
- Porcentaje de niños que entran a 1ero básico con retraso en el crecimiento de causa nutricional (< -1 D.E. patrón talla/edad OMS)	33	20	24.8 (1994)

nd: Información no disponible para el Panel de Expertos.

Los indicadores antropométricos presentados aquí se reportan mensual (Formulario Registro Mensual Consolidado) y anualmente por el Ministerio de Salud (Anuarios de Atenciones de Recursos). Estos indicadores, presentados y propuestos por el país en relación a las Metas de la Cumbre por la Infancia, no incluyen la evaluación peso/talla en los niños 2-5 años de edad. Es importante mencionar que este indicador si se presenta en los indicadores que maneja el Ministerio de Salud en sus informes mensuales y anuales (promedio anual). Se ha solicitado a DIPRES esta

información junto a los otros indicadores antropométricos por grupos de edad para 1994, 1995 y 1996.

Con respecto a los indicadores relativos al cumplimiento de los **programas materno e infantil**, planteamos los siguientes (también presentes en las Metas de la Cumbre por la Infancia):

	<b>Base Año</b> 1990 (%)	<b>Meta Año</b> 2000 (%)	<b>Logro</b> 1995 (%)
- Tasa de mortalidad materna	4	2.5 por 10 mil	3.1
- Cobertura profesional del parto	98.5	99.5	99.1
- Número de embarazadas captadas por los Servicios de Salud	nd	90	nd
- Tasa de Mortalidad Infantil	16	11.5	11.1

**7.3.- ¿Cuáles son las metas que a nivel de resultados se ha propuesto el programa?**

Estas han sido indicadas en la sección 7.2.

**7.4.- ¿Cuáles son los resultados (efectos) del uso que los beneficiarios hacen de los bienes y/o servicios que entrega el programa?**

El Panel de Expertos no cuenta por el momento con información actualizada al año 1996 sobre la evaluación de las metas nutricionales y de cumplimiento de los programas materno e infantil, que permita emitir un juicio con información actualizada. Esta información ha sido solicitada a través de la DIPRES al Ministerio de Salud de Chile. Alguna información nutricional disponible pero no actualizada se ha indicado en la Sección 7.2.

**7.5.- ¿En qué medida se han cumplido el o los objetivos de resultado del programa?**

En relación al cumplimiento de las metas nutricionales en los menores de seis años, existe una clara tendencia a la mejoría de los indicadores. Sin embargo, no es posible pronunciarse categóricamente si se compara 1990 con 1995 dado el cambio de patrón ocurrido.

Las cifras muestran un descenso importante de la desnutrición calórico proteica total en el menor de 6 años desde cifras de 15.5% en 1975 a 7.4% en 1990 y a 5.3% en 1993 (antes del cambio de patrón de referencia). Para el año 1995, las cifras no son comparables, aunque ellas muestran una situación favorable con 3.1% de niños con riesgo a desnutrir y 0.7% de desnutridos. Sin embargo, cabe cuestionarse la clasificación como riesgo a desnutrir de niños cuya relación peso/edad en el menor de 2 años y peso/talla en el de 2-5 se encuentran entre -1 y -2 D.E. ya que este rango es considerado internacionalmente como desnutrición leve. Aún si consideramos a este grupo como desnutridos leves ha habido un descenso entre 1993 y 1995 (desde 5.3% a 3.1%). Con respecto a la desnutrición moderada y avanzada (bajo -2 D.E.) esta se ha mantenido en un

nivel aproximado a 0.7%, cifra que es considerada como el universo de desnutridos en las estadísticas del Ministerio de Salud.

En relación al cumplimiento de las metas de los programas materno e infantil ellas han sido ampliamente cumplidas entre 1990 y 1995: la mortalidad infantil ha descendido de 16 a 11.1 por mil n.v. (meta 2000 era 11.5), la mortalidad materna ha descendida de 4 a 3.1 por 10000 n.v. (meta 2000 era 2.5), la atención profesional del parto ha aumentado de 98.5% a 99.1% (meta 2000 99.5%). No se dispone de información en relación al número de embarazadas captadas por los Servicios de Salud.

### **III. ANTECEDENTES DE EJECUCION DEL PROYECTO**

#### **8.- Descripción de los bienes y/o servicios que produce el proyecto/programa:**

El programa entrega alimentos en tipo, cantidad y calidad diferente según focalización. Se contempla un programa básico y un programa de refuerzo.

Por razones de eficiencia - que dicen relación con el transporte, bodegaje y conservación - todos los alimentos se entregan en polvo y en envases de un kilo.

El programa se divide en básico y de refuerzo.

El programa básico consiste en la entrega de (ver Norma Distribución Mensual de Alimentos en Cuadro 1 del Anexo 3):

- Leche de vaca entera (26% de materia grasa). Destinado a los niños menores de 2 años y a la embarazada.
- Leche cereal: leche descremada adicionada de grasa vegetal y/o láctea (reconstituyendo 26% de materia grasa) más cereales hidrolizados. Destinado a los niños de 2 a 5 años.

El programa de refuerzo (ver Norma Distribución Mensual de Alimentos Embarazadas y Nodrizas en Cuadro 2 del Anexo 3) consiste en la entrega de arroz y aportes adicionales de leche 26%Mg. y/o leche cereal. Estos productos están destinados a los niños con déficit nutricional o en riesgo y embarazada enflaquecida, de acuerdo a normas técnicas.

#### **9.- Descripción de los sistemas de producción de los bienes y/o servicios**

##### **9.1.- Descripción de los mecanismos mediante los cuales se producen los bienes y/o servicios:**

Los productos del PNAC los compra la CENABAST por cuenta de los Servicios de Salud y son distribuidos a los beneficiarios a través de los establecimientos de Atención Primaria, a todo lo largo del país.

**9.2.- Descripción de la organización que se ha dado el proyecto para la producción de los bienes y/o servicios:**

El PNAC es un programa descentralizado, administrado por los Servicios de Salud que entregan poder a la Central de Abastecimiento para la compra, mediante licitación pública, cada 6 meses.

Entre las modificaciones al programa, se ha eliminado la etapa de almacenamiento a nivel central de modo que los proveedores entregan el producto directamente en las bodegas de los Consultorios y, en algunos Servicios, en bodegas "centralizadas" de éstos, habilitadas para tales efectos.

Las características de la bodega están claramente especificadas en el Manual del PNAC e incluyen el tipo de materiales de construcción, la ventilación, la capacidad y las medidas de protección contra insectos y roedores. Asimismo, se establece que deben tener un inventario al día, con un registro por tipo de alimento, consignando la fecha de elaboración de los productos para dar salida preferencial de éstos según antigüedad.

**9.3.- Descripción de los niveles y organizaciones públicas o privadas que participan en el proyecto:**

Las Organizaciones Públicas que participan en el proyecto, de acuerdo al flujo grama del proceso:

- El Ministerio de Salud, que presupuesta año a año el programa. Este presupuesto se envía (como parte identificable del presupuesto de salud) al Ministerio de Hacienda, que a su vez debe presentarlo para su aprobación al Congreso.
- Una vez aprobado por el Congreso, los fondos son recibidos por el Ministerio de Salud, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y administrado por lo Servicios de Salud. La Central de Abastecimiento compra, por poder de los Servicios, a los proveedores.
- Los proveedores, Organizaciones privadas que participan en el programa, entregan los productos a las bodegas de los Servicios de Salud y de los establecimientos.
- En el nivel local (establecimientos de salud) se almacena y entrega por medio de una auxiliar los productos según norma técnica a los beneficiarios.

**9.4.- Descripción de la estructura de la gerencia del proyecto y de sus responsabilidades:**

La gerencia global del proyecto está radicada en el Ministerio de Salud, en la División de Salud de las Personas, Departamento de Nutrición, profesional encargado, Dra. Cecilia Castillo L. Su responsabilidad es eminentemente técnica, incluyendo la elaboración de las normas técnicas que aseguran el cumplimiento del objetivo nutricional del programa, la vigilancia nutricional de la

población beneficiaria, la capacitación del personal y la supervisión del programa.

La responsabilidad financiera del Programa radica en el FONASA y la responsabilidad por la compra de los productos que lo componen, en la Central de Abastecimiento.

Las responsabilidades del nivel local, como expresión descentralizada de la gestión del programa, consisten en la recepción de los productos a los proveedores (en algunos casos a la bodega del Servicio de Salud respectivo), su bodegaje y entrega a los beneficiarios directos.

#### **9.5.- Descripción de los principales gastos y costos de la ejecución del proyecto a nivel de todas las instituciones públicas involucradas el año 1996, a nivel de:**

Esta información fue solicitada al Ministerio de Salud a través de la DIPRES y no se encuentra disponible para el Panel de Expertos.

No obstante lo anterior se pueden efectuar algunas estimaciones preliminares. Por ejemplo, en el año 1995 el gasto ejecutado fue de \$27.050 millones y el promedio mensual de personas beneficiarias del PNAC, de acuerdo al Anuario de Atenciones y Recursos del MINSAL, fue de 984.035 personas que retiran alimentos (882.338 beneficiarios de la Ley 18.469 y 101.697 no beneficiarios). Esto arroja un gasto ejecutado por persona beneficiaria del PNAC de aproximadamente \$27.489 en pesos del año 1995 o de \$2.291 por beneficiario al mes.

Este gasto promedio corresponde a la compra de alimentos y al gasto de administración del PNAC. Es importante mencionar que no es factible separar el gasto en estos componentes, ya que para hacerlo se requiere conocer:

- Número de beneficiarios menores de 6 años en los programas básico y de refuerzo, separados por los siguientes grupos etarios: 0-2 meses, 3-5 meses, 6-11 meses, 12-23 meses y 2-5 años.
- Número de beneficiarias embarazadas y nodrizas en los programas básico y de refuerzo, separadas en los siguientes grupos: embarazada normal, con sobrepeso u obesa; embarazada con bajo peso; y nodriza con antecedente de bajo peso gestacional.

Sí esta información respecto a número de beneficiarios se encontrase disponible y considerando los precios de los productos contenidos en el Programa, se podría calcular el costo total de la norma de distribución de alimentos para un año determinado, cifra que restada del gasto ejecutado para el mismo año permitiría inferir el **gasto de administración del Programa.**

#### **10.- Presentación del para qué y/ o para quienes se producen los bienes y/o servicios del proyecto**

**10.1.- Caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa:**

El PNAC en su diseño es un programa universal, cuyos beneficiarios son todos los menores de 6 años y embarazadas del país. Su objetivo principal es de tipo nutricional y no socioeconómico, por lo tanto no existe focalización por pobreza.

**10.2.- Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos:**

Beneficiarios potenciales directos son aproximadamente 1.600.000 niños menores de 6 años y 300.000 embarazadas. De acuerdo a cifras del Programa de Atención del Niño, en el año 1995 la población menor a seis años en control ascendía a 1.196.922 menores. Estos datos son provisorios pues aún no se recibe la información solicitada al Ministerio de Salud (MINSAL).

**10.3.- Identificación del N° real de beneficiarios que utilizan los bienes y/o servicios producidos por el proyecto:**

Estas cifras distribuidas para menores de seis años y embarazadas han sido solicitadas al MINSAL a través de la DIPRES pero no se encuentran disponibles para el Panel de Expertos.

En 1995, de acuerdo al Anuario de Atenciones y Recursos del MINSAL, existían 882.338 beneficiarios del Sector Público de Salud que retiraban alimentos y 101.697 no beneficiarios de este Sector que retiraban alimentos, dando un total de 984.035 personas que retiran alimentos. Por su parte la encuesta CASEN de 1996 proyecta una cifra de 1.190.000 personas que retiran alimentos.

**10.4.- Caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del programa:**

Los resultados de la encuesta CASEN (Cuadro 3, Anexo 3) señalan que, con respecto al PNAC, se produce una "autoexclusión" por nivel socioeconómico que determina que poco más de dos tercios del programa se concentren en los 2 quintiles de menores ingresos y sólo el 15% de éste llega a los 2 quintiles de mayores ingresos.

**11.- Descripción de los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del proyecto**

**11.1.- Presentación de los indicadores de gestión del proyecto:**

Los indicadores de gestión que utiliza el programa, además de los criterios de eficiencia que quedarán pendientes por falta de la información financiera, dicen relación con criterios de evaluación de proceso y son los siguientes:

- Cobertura del programa en relación a beneficiarios potenciales
- Kilos de producto entregados

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de stock en bodega.</li> </ul>
<p><b>IV.- PROYECCIONES DE LA EJECUCION DEL PROYECTO (en base a la opinión de la institución responsable)</b></p>
<p><b>12.- Presentación en torno a la sustentabilidad del proyecto</b></p> <p>El PNAC corresponde a un subsidio estatal que es administrado por ley de acuerdo a los criterios técnicos del Ministerio de Salud.</p>
<p><b>12.1.- Descripción en torno a si existe algún tipo de retorno social, económico o político, directo o indirecto que permita pronosticar la autosustentabilidad del proyecto a mediano o largo plazo:</b></p> <p>El proyecto de evaluación económica del PNAC contratado por el Ministerio de Salud en 1993 demostró una tasa interna de retorno positiva, especialmente en los menores de tres años de los quintiles más pobres y en las embarazadas (ver informes del proyecto).</p>
<p><b>12.2.- Pronóstico en torno a la situación sin continuidad del proyecto:</b></p> <p>En acuerdo a lo explicitado por el Panel de Expertos (ver Formato B, punto 10.2) se estima que la suspensión del programa tendría un impacto nutricional en los grupos vulnerables de bajo nivel socioeconómico y en especial en los niños más pequeños, así como en la embarazada situación que se manifestaría por un aumento del recién nacido con bajo peso al nacer y peso insuficiente y con ello mayor probabilidad de riesgo de morbilidad y mortalidad el primer año de vida.</p>
<p><b>13.- Identificación de los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del proyecto</b></p>
<p>Las principales lecciones en relación a programas de alimentación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deben ser focalizados desde el inicio en grupos vulnerables.</li> <li>• Deben estar asociados a actividades de salud y no constituir sólo una entrega de alimentos.</li> <li>• Deben entregar productos adecuados a la población objetivo para evitar la dilución intrafamiliar.</li> <li>• Deben acompañarse de una educación en salud y en alimentación.</li> <li>• Deben ser programas permanentes, no suspenderse en el tiempo con productos adecuados y valorados por la población que permita un buen grado de adhesión a los programas de salud y que beneficie a los usuarios con externalidades como educación en salud entre otras.</li> </ul>

- Para su desarrollo y sustentabilidad en el tiempo debe ir acompañado de una voluntad política y estar dentro de las áreas de desarrollo social de los países.

**13.1.- Identificación de los reales o potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje:**

Los potenciales beneficiarios de este aprendizaje son:

- Las autoridades de salud.
- Los técnicos de los Ministerios del área social.
- Los profesionales del área de nutrición y salud pública del país.
- Los usuarios del sector salud.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### PRINCIPALES CAMBIOS POR AÑO

Inicialmente, en 1937, sólo se consideraron los menores de 2 años hijos de beneficiarios de la caja de seguro obrero. Con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 se fue ampliando la cobertura a los preescolares entre 2 y 5 años de edad y a las embarazadas.

En sus inicios en la década de los años 30 y 40 se distribuyó fundamentalmente leche condensada, la cual fue cambiada por leche en polvo en los años 50.

Entre los años 1971 y 1973 se extendió la cobertura del programa desde los 5 años a los escolares menores de 15 años, eliminándose el requisito de ser beneficiario del SNS. A partir del año 1974 se decide informar regularmente el estado nutricional de los beneficiarios a través del indicador peso/edad usando como referencia el patrón de SEMPE, existiendo registros nacionales de esta información desde el año 1976.

Desde 1974 se inicia la entrega de mezclas proteicas o sustitutos lácteos al preescolar, en vez de leche.

A partir de 1981, el Ministerio de Salud comienza a evaluar en forma estandarizada el estado nutricional de la embarazada, usando el criterio propuesto por el Departamento de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Para focalizar el Programa en 1982 se limita la realización de controles de salud y la distribución de los productos del PNAC a los centros de atención primaria del SNSS.

Entre los años 1980 y 1983 se subdivide el programa en: (1) Programa Básico de tipo universal, basado en leche y sustitutos lácteos, para todos los niños menores de seis años y embarazadas que cumplan con los controles de salud en los centros del SNSS; (2) Programa de Refuerzo por riesgo biomédico que entrega más productos, especialmente arroz, a quienes presenten signos biológicos de desnutrición o riesgo de desnutrir. En los años 1983 y 1984 se implementó un Programa de Refuerzo por riesgo socioeconómico, focalizado en menores de dos años, con estado nutricional normal, provenientes de los hogares calificados como de mayor pobreza de acuerdo a la ficha

CAS. Este último subprograma se elimina en el año 1985 debido a la dificultad de actualizar en forma permanente la ficha CAS y poder identificar correctamente los hogares en situación de pobreza.

La condición de riesgo biomédico en la embarazada, se definió inicialmente en 1980 con una tabla de referencia basada en el déficit ponderal según edad gestacional, cambiándose en 1987 por la curva de Rosso y Mardones. Desde fines de 1993 se reemplazó el patrón de referencia SEMPE para evaluar estado nutricional en los menores por las tablas NCHS/OMS. Además, se modificó la definición de desnutrición, pasando a considerar como tales a los menores de dos años cuyo peso/edad (en puntaje Z score) se ubique por debajo de -2 desviación estándar y a los preescolares (2 a 5 años) cuyo peso/talla se ubique bajo el mismo punto de corte. Además se modificó la definición de riesgo, al considerar como tal a menores de dos años con un peso/edad entre -1 desviación estándar y -2 desviación estándar, y a preescolares cuyo peso/talla se ubique en el mismo rango. La permanencia en el subprograma de refuerzo se limitó a un máximo de 6 consultas de riesgo, debiendo ser dado de alta por un médico o bien derivado al nivel secundario. Se adelantó de 3 meses a 1 mes de vida el ingreso al subprograma.

A partir de 1989, se permite a la población adscrita al sistema ISAPRE, a los familiares de los miembros de las Fuerzas Armadas y del Orden, y a FONASA libre elección retirar los alimentos exclusivamente en los centros del sistema de salud del SNSS, previa presentación de un certificado de control de salud otorgado por un médico.

En 1993, y a partir del cambio del patrón antropométrico se reformuló la norma programática de manejo ambulatorio del niño con malnutrición. La nueva normativa implicó cambiar de un enfoque puramente antropométrico en el diagnóstico del estado nutricional del niño a una visión integral que considera el análisis de la curva de crecimiento del niño, sus antecedentes familiares, patologías intercurrentes e historia alimentaria (ver Anexo 2, Normas Programa). Ello también consideró un importante esfuerzo de capacitación al personal y revisión de los contenidos educativos a entregar a las madres.

## ANEXO 2

### NORMAS PROGRAMATICAS PARA EL MANEJO AMBULATORIO DEL NIÑO EN RIESGO DE DESNUTRIR, DESNUTRIDO, SOBREPESO U OBESO

- 1.- Una de las actividades básicas del Programa de Salud del Niño y Adolescente es el control de salud, realizado por un equipo multiprofesional, cuyas concentraciones mínimas están normadas y que permite un control sistemático del niño en sus primeros 6 años de vida.
- 2.- Para la evaluación antropométrica de los niños menores de 6 años se usará como patrón de referencia las curvas de crecimiento NCHS a partir del mes de vida del niño y como indicadores, los índices P/E, P/T y T/E.

De acuerdo a la normativa vigente, dependiendo de su ubicación en la gráfica, el niño puede así ser catalogado como normal, en riesgo de desnutrir, desnutrido, con sobrepeso u obeso.

- 3.- Los niños cuya evaluación antropométrica sea normal, seguirán sus controles de salud habituales normados en el Programa Infantil, de acuerdo a su edad.
- 4.- Definición de riesgo: se considerará en riesgo de desnutrir los niños menores de 2 años cuyo índice P/E se encuentre entre menos una y menos dos desviaciones estándar.

Los niños mayores de 2 años se considerarán en riesgo cuando su índice P/T se encuentre entre -1 y -2 ds. Estos criterios no se aplicarán en los menores de un mes de vida. Los niños mayores de un mes que por su ubicación en la gráfica sean considerados en riesgo de desnutrir, continuarán con sus controles de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- 4.1.- Todos los niños así calificados serán remitidos como sospecha de riesgo desde el Control de Salud a Consulta Nutricional, donde serán evaluados por nutricionista, (en caso de no contar con este recurso, por médico o enfermera) quienes decidirán su ingreso a la actividad Consulta al Niño en Riesgo de Desnutrir y la entrega de alimentos de refuerzo correspondiente.

El lapso de tiempo que transcurra entre el Control de Salud y la Consulta Nutricional no podrá exceder de 15 días en el menor de 2 años o de 30 días en el mayor, por tratarse de una actividad de máxima prioridad, y durante este lapso el niño se registrará como normal y no tendrá acceso al PNAC de refuerzo.

Durante la Consulta Nutricional se evaluará el estado nutricional del niño teniendo

en consideración el compromiso de sus diferentes índices antropométricos, su curva ed crecimiento previa y al menos los siguientes antecedentes:

- peso al nacer
- edad, peso y talla actuales
- encuesta alimentaria
- análisis cuanti y cualitativo de la dieta
- antecedentes y patologías agudas recientes
- velocidad de crecimiento
- características antropométricas de los padres

En base a estos datos y a un examen clínico cuidadoso, se determinará el ingreso o no a la Consulta el Niño en Riesgo de Desnutrir. Así, por ejemplo, aquellos niños con velocidad de crecimiento normal, con alimentación adecuada, actividad física normal, padres constitucionalmente delgados (o de talla baja) no deben ser ingresados a la actividad Consulta del Niño en Riesgo aunque hayan sido calificados en una primera instancia como de riesgo como resultado de la aplicación de la gráfica, ya que prevalece el diagnóstico individual para este fin, y seguirán con sus controles de salud habituales.

- 4.2.- Los niños que, una vez analizados sus antecedentes, ingresen en la actividad Consulta del Niño con riesgo de Des-nutrir deberán tener por lo menos tres consultas en esta categoría (período de observación) con una periodicidad de consulta mensual. Esta actividad se deferirá en 15 días si coincide con el Control de Salud.
- 4.3.- A la tercera consulta se debe hacer una reevaluación de cada caso, pudiendo presentarse las siguientes posibilidades:
  - 4.3.1.- El niño que durante el período de observación de tres meses tiene una curva de crecimiento normal (Se entiende por curva de crecimiento normal aquella paralela a la media de la gráfica) debe ser dado de alta y continuará con su calendario de controles de salud habitual, se registrará como normal y se le suprimirá el PNAC de refuerzo.
  - 4.3.2.- Si durante el período de observación de 3 meses, el niño ha deteriorado su curva de crecimiento (cuando la curva se aplanan o se hace descendente) deberá se referido al pediatra o en su defecto al médico general de

consultorio, quien lo reevaluará y decidirá la conducta a seguir: derivación al nivel secundario, estudio de patologías que podrían ser las causantes del deterioro nutricional, etc.

Transcurrido un máximo de 6 consultas en riesgo, el médico deberá decidir su alta o su derivación al nivel secundario.

En caso de ser derivado al nivel secundario, será considerado para los efectos de registro como riesgo y se esperará las instrucciones de ese nivel para su manejo y no recibirá el PNAC de refuerzo.

4.4.- Criterio de reingreso a la Actividad Consulta al niño en riesgo de desnutrir.

En el caso del niño menor de dos años: Los niños cuya curva de crecimiento se aplane o se haga descendente serán referidos a Consulta Nutricional para ser reevaluados, con el objeto de decidir su reingreso a la actividad Consulta al niño en riesgo de desnutrir y su acceso al PNAC de refuerzo. El lapso entre el Control de Salud y la Consulta Nutricional no podrá exceder de un mes. En el caso de los niños mayores de dos años: Se aplicará el mismo criterio, teniendo presente que el PNAC de refuerzo está limitado a un episodio de seis meses por año de vida.

4.5.- Los niños calificados en riesgo de desnutrir recibirán las siguientes actividades complementarias definidas en el Programa de Salud del Niño y Adolescente:

4.5.1.- Control de lactancia materna: 100% de los niños que reciben lactancia materna.

4.5.2.- Consulta social: 100% de los casos referidos por otros profesionales.

Se darán prioridad a los menores de 2 años si hubiese problemas de disponibilidad de recursos para efectuar la actividad.

4.5.3.- Educación grupal : 100% de las madres referidas por el equipo de salud.

Se dará prioridad a las madres de niños menores de dos años si hubiese problemas de disponibilidad de recursos para efectuar la actividad.

Otro criterio para priorizar dice relación con los grupos más vulnerables: madres adolescentes, hijos en situación irregular, lactantes con bajo peso al nacer.

4.5.4.- Visita domiciliaria: 100% de los casos determinados por el equipo de salud, priorizando a los menores de 2 años, en caso de problema de disponibilidad de recursos.

4.5.5.- Alimentación complementaria : todos los niños en riesgo de desnutrir acceden a los alimentos del PNAC de refuerzo a partir del 5° mes de vida por un período máximo de seis meses. En el caso de niños mayores de 2 años este beneficio se limitará a un episodio por año de vida.

4.6.- Las acciones, rendimientos e instrumentos de la actividad Consulta del Niño en Riesgo de Desnutrir corresponden a las que están definidas en el Programa de Salud del Niño y Adolescente.

4.7.- Las acciones, concentraciones, rendimientos e instrumentos de las actividades complementarias mencionadas corresponden a las definidas en el Programa de Salud del Niño y Adolescente.

5.- Definición de desnutrición: se considerará desnutridos aquellos niños menores de 2 años cuyo índice P/E se encuentre bajo el punto de corte de dos desviaciones estándar, en tanto que para los preescolares se considerará el índice P/T con idéntico punto de corte en -2 ds.

En la evaluación individual de cada caso, los profesionales responsables, tendrán en cuenta el estado en que se encuentran los tres indicadores antropométricos (P/E, T/E y P/T), cuyo deterioro por debajo de -2 ds tiene diferente significado en distintas etapas del desarrollo del niño y según las combinaciones en que se encuentren comprometidos uno o más de ellos.

5.1.- Todo niño desnutrido debe ser referido a la Consulta del Niño con Déficit Nutricional, cuya primera evaluación deberá ser efectuada por médico, con el objeto de descartar la existencia de patologías que condicionen una desnutrición secundaria y formular un plan de tratamiento.

En caso de confirmarse una desnutrición secundaria, el niño será derivado al especialista que corresponda, a fin de proceder al control y tratamiento de su enfermedad de base.

La vigilancia del estado nutricional de estos niños no debe ser descuidada, ya que una proporción importante de ellos presenta una desnutrición mixta, por lo tanto, además del control permanente de su enfermedad de base, deben ser evaluados por nutricionistas en forma periódica (Consulta Nutricional) con el fin de reforzar contenidos educativos, entregar pautas de alimentación, determinar frecuencia de controles y asignar alimentación complementaria de refuerzo.

5.2.- Todo los niños con desnutrición primaria o secundaria deben recibir al menos una Consulta Nutricional, con el objeto de efectuar anamnesis, encuesta alimentaria, educación nutricional y entrega de pautas de alimentación adecuada.

Todo estos niños tendrán derecho a los alimentos del PNAC de refuerzo hasta su alta.

5.3.- La periodicidad de la actividad Consulta del Niño con Déficit nutricional será mensual en los primeros 6 meses y se diferirá en 15 días cuando coincida con el control de salud del niño.

Los niños menores de 2 años que alcancen una relación peso/talla sobre la mediana se considerarán desnutridos en recuperación y serán dados de alta si mantienen esta condición durante tres consultas sucesivos, no obstante lo cual, seguirán posteriormente a su alta durante 3 meses consecutivos en la actividad Consulta Nutricional para asegurar un adecuado monitoreo de su recuperación. Para efecto de registro estos niños se considerarán normales y ya no accederán al PNAC de refuerzo.

Existe un grupo reducido de niños que aún cuando cumplen con el criterio de ingreso  $-2$  ds P/E su relación P/T está sobre  $-1$  ds, deberán ser calificados como desnutridos e ingresarán a la actividad consulta del niño con déficit nutricional siguiendo el mismo esquema definido anteriormente.

Los niños mayores de 2 años que durante 3 controles sucesivos mantengan una relación P/T sobre la mediana se considerarán desnutridos en recuperación, no obstante lo cual, seguirán posteriormente a su alta durante 3 meses consecutivos en la actividad Consulta Nutricional para asegurar un adecuado monitoreo de su recuperación y ya no accederán al PNAC de refuerzo. Para los efectos de registro estos niños se considerarán normales.

5.4.- Todo niño que transcurrido un plazo de 6 meses de haber ingresado a la actividad Consulta del Niño con Déficit Nutricional no alcanza un estado Nutricional normal, debe ser referido al Nivel Secundario, donde será revaluado en forma integral y devuelto a su consultorio de origen con un completo informe que contenga las pautas para su manejo posterior.

Estos niños, para los efectos de registro, se mantendrán en el tarjetero de desnutridos, y perciben los beneficios del PNAC refuerzo hasta su alta.

- 5.5.- En aquellos lugares donde no exista o no sea posible acceder al nivel secundario, el niño debe ser evaluado por un pediatra, quien emitirá un completo informe con las instrucciones para su manejo.
- 5.6.- La periodicidad de las consultas después de la reevaluación de los 6 meses se determinará de acuerdo a la valoración de la evolución de cada caso particular.
- 5.7.- Los niños desnutridos recibirán las siguientes actividades complementarias definidas en el PSNA:
- 5.7.1.- Consulta social: 100% de los casos referidos por otros profesionales.
- 5.7.2.- Educación grupal: 100% de las madres de desnutridos.
- 5.7.3.- Visita domiciliaria: 100% de los casos determinados por el equipo de salud.
- 5.7.4.- Alimentación Complementaria de Refuerzo: todos los desnutridos acceden a los alimentos del PNAC refuerzo hasta su alta.
- 5.8.- Las acciones, rendimiento e instrumento de la actividad consulta del niño con déficit nutricional corresponden a lo definido en PSNA.
- 5.9.- Las acciones, concentraciones, rendimiento e instrumentos de las actividades complementarias mencionadas corresponden a las definidas en el PSNA.
- 5.10.- Deberá efectuarse una adecuada coordinación con CONIN, COFADE, JUNJI, INTEGRA y Municipalidades con el objeto de lograr una derivación oportuna de los desnutridos que lo requieran y coordinar los recursos de la comunidad en la búsqueda de una acción integral en cada caso.
- 6.- Definición de sobrepeso. Se considerará con sobrepeso todo niño cuyo índice P/T se encuentre entre +1 ds y +2 ds, independiente de su edad.
- Definición de obeso: Se considerará obeso todo niño cuyo índice P/T se encuentre sobre el punto de corte de +2 ds.
- Los niños que por su ubicación en la gráfica sean considerados como sobrepeso u obesos seguirán sus controles de acuerdo a la siguiente indicación:
- 6.1.- Todo niño con sobrepeso será referido a la actividad Consulta Nutricional, en la que se dará énfasis a lo siguiente: anamnesis nutricional, encuesta alimentaria, educación nutricional y entrega de pautas de alimentación y actividad física.
- 6.2.- La periodicidad de las consultas se determinará de acuerdo a la variación individual en cada caso.
- 6.3.- Las acciones, rendimiento e instrumentos de la actividad Consulta Nutricional

corresponden a lo definido en el PSNA.

- 6.4.- Los niños calificados como obesos deberán ser evaluados por médico para descartar la existencia de patologías agregadas que estén condicionando su estado nutricional.

Los niños portadores de patología deben ser referidos al especialista correspondiente para el control y tratamiento de su enfermedad de base.

- 6.5.- Los niños obesos en los que se descarta patología agregada, ingresarán a la actividad Consulta Nutricional en los mismos términos establecidos para los niños con sobrepeso.

### ANEXO 3

**CUADRO 1**  
**PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**  
**NORMA DISTRIBUCION MENSUAL DE ALIMENTOS**  
**MENORES DE 6 AÑOS**

SUB PROGRAMA	ALIMENTO	GRUPO ETARIO				
		0-2 MESES	3-5 MESES	6-11 MESES	12-23 MESES	2-5 AÑOS
BASICO	Leche 26%	2	2	2	2	
	Leche-cereal					1
REFUERZO	Leche 26%	2	3	3	2	
	Leche-cereal					2
	Arroz		2	2	3	2

**CUADRO 2**  
**PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**  
**NORMA DISTRIBUCION MENSUAL DE ALIMENTOS**  
**EMBARAZADAS Y NODRIZAS**

SUB PROGRAMA	ALIMENTO	GRUPO		
		EMBARAZADA NORMAL SOBREPESO OBESA	EMBARAZADA BAJO PESO	NODRIZA ANTECEDENTE BAJO PESO GESTACIONAL
BASICO	Leche 26%	2		*
REFUERZO	Leche 26%		2	*
	Arroz		2	2

\*:La leche que recibe la nodriza está contabilizada en la entrega de leche al niño, que es consumida por la madre cuando amamanta.

**CUADRO 3**  
**PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**  
**DISTRIBUCION GASTO MENSUAL**  
**SEGUN QUINTIL DE INGRESO**  
**CASEN 1994**

QUINTIL DE INGRESO	TOTAL \$	PORCENTAJE
1	611.341.364	39,95
2	424.911.216	27,77
3	259.713.012	16,97
4	164.987.771	10,78
5	69.332.509	4,53
<b>TOTAL</b>	<b>1.530.285.872</b>	<b>100,00</b>

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

# FORMATO “B”

CORRESPONDE A LOS COMENTARIOS Y OBSERVACIONES  
PLANTEADOS POR EL PANEL DE EVALUACIÓN A CADA UNO  
DE LOS PUNTOS PRESENTADOS EN EL FORMATO A

**MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCION DE PRESUPUESTO  
PROGRAMA DE EVALUACION DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES**

**FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS - FORMATO B  
FICHA DE SINTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA**

<b>I.- DATOS BASICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA</b>	
<b>1.- Nombre del Proyecto/Programa:</b>	<b>Código</b>
Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).	04
<b>1.1.- En caso de ser Proyecto, Programa o Política a la cual se vincula o es parte:</b>	
<b>2.- Ministerio Responsable (si corresponde):</b>	
Ministerio de Salud de Chile.	
<b>2.1.- Servicio Responsable (si corresponde):</b>	
Departamento de las Personas dependiente de la División de Salud de las Personas.	
<b>II.- OBSERVACIONES EN TORNO AL PROYECTO/PROGRAMA</b>	
<b>3.- Observaciones y comentarios en torno a la justificación que da origen al proyecto:</b>	
<b>3.1.- Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de política públicas:</b>	
<p>Aunque se conoce que en 1937 la situación de salud que pretendía enfrentar el PNAC era de gravedad y por lo tanto justificaba la implementación de este programa, esta situación ha evolucionado muy favorablemente hasta nuestros días.</p> <p>Sin embargo el Panel de Expertos estima que en la actualidad el Programa Nacional de Alimentación Complementaria se justifica principalmente porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantiza la equidad en términos nutricionales con acciones de prevención y recuperación dirigidas a los grupos en necesidad (ver sección 4.3 de este formato y sección 4 del formato C).</li> <li>• Mejora el estado nutricional en la población materno-infantil y preescolar, que es la más vulnerable y donde los efectos de la desnutrición son prolongados, para permitir aumentos en la productividad laboral en el largo plazo. En este último sentido, es necesario enfatizar las características del PNAC como una inversión del país con un alto retorno social, en vez de considerarlo como un gasto.</li> </ul>	
<b>3.2.- Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de condiciones</b>	

### **sociales y/o económicas:**

La situación nutricional en los sectores de menores ingresos es todavía deficitaria tal como lo demuestra la última encuesta CASEN de 1996. Aunque esta información puede incluir sesgos porque la evaluación antropométrica es obtenida a partir del carnet de salud (con fechas previas muy variables) y también puede contener errores de registro por falta de entrenamiento de los encuestadores, es válida con respecto a la tendencia general de las diferencias según quintiles de ingreso.

Por otra parte, aunque no hay cuantificaciones recientes se reconoce que una proporción de la mortalidad infantil y de la mortalidad en menores de 6 años está asociada a desnutrición, particularmente en los sectores pobres.

### **3.3.- Observaciones y comentarios en torno a los antecedentes constitucionales, legales, administrativos, de políticas de inversión que fundamentan la justificación del proyecto:**

El país cuenta con una fuerte sustentación constitucional y legal para justificar la existencia de este Programa (ver Punto 5.3, Formato A).

Con respecto a las políticas de inversión se sustenta en evaluaciones económicas favorables que se resumen a continuación. La primera fue realizada por el Banco Mundial en base a los datos de la encuesta nutricional nacional de 1974-75. Sus autores (Harbert L, Scandizzo PL. Cuadernos de Economía U.C. 1985; 66: 215-246) detectaron que la ingesta proteica aumentaba significativamente en los niños 5-23 meses que participaban en el programa, mientras que en los menores de seis años la ingesta calórica tenía una tendencia a aumentar con el programa. La comparación de la efectividad del PNAC en la transferencia de ingresos por un monto equivalente, midiendo el impacto sobre la ingesta calórica y proteica, indicó que el programa es mucho más efectivo que la transferencia de ingresos por un monto equivalente a los alimentos entregados. Este resultado es de gran relevancia para sustentar las políticas de suplementación alimentaria a las familias de bajos ingresos. Los posibles efectos del PNAC sobre el peso y la talla sólo fueron significativos para los sujetos entre 14 y 30 años de edad.

Las dos evaluaciones siguientes fueron contratadas por el Ministerio de Salud con el Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Estas estudiaron muestras nacionales y tuvieron resultados similares en cuanto a los posibles beneficios nutricionales del programa. La primera evaluación realizada efectuada con datos de 1979 concluyó en las siguientes diferencias favorables a la participación en el programa (particularmente en los quintiles

cuarto y quinto de ingresos): ingesta calórica, talla/edad y peso/edad en menores de seis años, controles de salud y distribución del peso al nacer (Torche A. Cuadernos de Economía U.C. 1985; 66: 175-193); además el análisis costo-beneficio fue ampliamente favorable para esta intervención. La segunda evaluación, realizada con datos de 1993, concluyó que, también especialmente en los quintiles cuarto y quinto de ingresos, la adscripción al PNAC tiene un efecto protector sobre el estado nutricional materno, la prevalencia de algunas patologías maternas, la incidencia de bajo peso al nacer, y para los menores de tres años una mayor ingesta calórica y un mejor estado nutricional; en la población de 3 a 5 años de edad es más difícil demostrar una asociación positiva con el PNAC dado el escaso aporte nutricional relativo del mismo para este grupo de edad. Esta evaluación circula actualmente como documento interno del Ministerio de Salud.

La cuarta evaluación demostró la alta relación costo-efectividad que tiene el tratamiento nutricional de las mujeres de bajo peso diagnosticadas por la curva en uso por el Ministerio de Salud de Chile, cuando además se reduce la probabilidad de muertes neonatales (Mardones S, F, Zamora, R. Evaluación socioeconómica de la entrega de leche "Purita" a la embarazada en Chile. Rev. Méd. Chile 1990; 118: 1043-1051).

#### **4.- Observaciones y comentarios en relación a los supuestos que están involucrados en la ejecución del proyecto/programa**

##### **4.1.- Observaciones y comentarios a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras:**

El Panel de Expertos estima que a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras la ejecución del Programa es adecuada.

Los Consultorios y postas rurales prestan los controles de salud a la embarazada y a los menores y realizan el bodegaje y entrega de los alimentos del PNAC, cumpliendo adecuadamente las normas establecidas por el Ministerio de Salud. Esto ha sido confirmado por las visitas de supervisión que de manera regular efectúan los Servicios de Salud a dichos establecimientos.

En relación a la CENABAST nuestra impresión es que ella realiza una adecuada labor en lo relativo a este Programa. En efecto, es muy efectiva en la compra de los productos (obtiene descuentos sustanciales en los precios) y es eficiente en su operación, tal como lo indica su bajo costo de administración de dichas compras.

##### **4.2.- Observaciones y comentarios a los supuestos a nivel de otras instituciones públicas:**

El Panel de Expertos estima que a nivel de otras instituciones públicas la ejecución es adecuada.

##### **4.3.- Observaciones y comentarios a los supuestos relativos a los condicionantes sociales, económicas y políticos:**

Aunque el PNAC es teóricamente universal, la restricción de retirar los alimentos respectivos en los consultorios de atención primaria con el requisito de presentar los controles de salud cumplidos ha permitido concentrar su cobertura real especialmente en la población de menores ingresos beneficiaria del Sistema Público de Salud. Según la encuesta CASEN 1996, 85% de los niños que retiran alimentos del PNAC está concentrado en los quintiles 1, 2 y 3 (Cuadro 3, Anexo 3, Formato A); estos quintiles contienen 60% de la población nacional que corresponde aproximadamente a la población beneficiaria del Sistema Público de Salud. Los datos para 1995 revelan que el promedio mensual de beneficiarios de la Ley 18.469 que retiran alimentos del PNAC eran 882.338 personas (89.7% del total), mientras que los no-beneficiarios retirando alimentos eran 101.697 (10.3%).

Dentro del debate público un antecedente que se ha considerado es que, de acuerdo a datos de la encuesta CASEN, en una muestra de la Región Metropolitana estudiada entre 1990 y 1993, se observa una clara asociación entre la mejoría de los ingresos en un sub-grupo de los originalmente pobres en 1990 y la autoexclusión del PNAC cuando superan su situación de pobreza en 1993 (Fernández M, Atalah E. Comportamiento de los beneficiarios del PNAC según evolución de la situación de pobreza, Cuad. Med. Soc. 1995, XXX(2): 11-15). Por tanto, las decisiones de la población focalizan el PNAC indicando que no es necesario otro tipo de filtros.

## **5.- Observaciones y comentarios en torno a los objetivos del Proyecto / Programa**

### **5.1.- Observaciones y comentarios en torno a los objetivos de resultados del programa:**

El Panel de Expertos considera que siguen siendo adecuados. Sin embargo, se recomienda considerar problemas emergentes de nutrición. Particularmente, se debiera vigilar: a) en las embarazadas el sobrepeso y la obesidad, y b) en los menores de seis años el déficit de talla.

### **5.2.- Observaciones y comentarios en torno a los indicadores que permitirán observar el cumplimiento de los objetivos de resultado o de desarrollo del programa:**

Los indicadores antropométricos presentados en el Plan Nacional de la Infancia son adecuados. Sin embargo, la fuente de información sobre la prevalencia de desnutrición según los mismos es mayoritariamente proveniente de los registros mensuales consolidados (RMC) que se producen en los consultorios y que fluyen hasta el nivel central del Ministerio de Salud. Estos valores sirven sólo como indicadores de tendencia del estado nutricional ya que no reflejan un universo muestral en cada mes, sino los sujetos que concurrieron a control de salud ese mes específico. Por ello es necesario presentar datos antropométricos provenientes de muestras representativas de los beneficiarios del

PNAC. Esta información no se encuentra disponible en forma completa para los menores de 6 años y embarazadas. Sin embargo, la información referida a las menores de 18 meses se puede obtener para años recientes de dos fuentes: a) una encuesta realizada en 1996 dirigida primordialmente a detectar la duración de la lactancia materna en esta población (Fuente: MINSAL, Dra. Cecilia Castillo L.); y b) una encuesta realizada en 1993 dirigida también primordialmente a detectar la duración de la lactancia materna en esta población (Castillo C, Atalah E, Riumalló J, Castro R. "Lactancia Natural y Estado Nutricional del Lactante Chileno", Bol. Oficina Sanit. Panam. 1995; 119:494-502). La primera encuesta aún no ha reportado sus resultados. La segunda encuesta mencionada demostró una mayor desnutrición en los menores de 18 meses que la reportada regularmente por el Ministerio de Salud.

Aunque el indicador déficit de incremento de peso entre dos controles de salud nunca ha sido reportado nacionalmente y no está incluido en el Plan Nacional de la Infancia, se considera muy adecuada su supresión a partir de 1993. Los incrementos deseables de peso no son confiables para determinar si un niño está en riesgo de desnutrición o desnutrido. Esto es porque existen fluctuaciones del peso corporal en periodos cortos de tiempo que pueden deberse a cambios normales del estado de hidratación del niño (incluyendo pérdida insensible de agua) o al efecto de pesarlo antes o después de las comidas (ACC/SCN Committee. Paper No. 7. ACC/SCN, c/o WHO, Geneva, 1990).

La incorporación del patrón NCHS/OMS en reemplazo de SEMPE para evaluar el estado nutricional e ingresar en el PNAC de refuerzo por peso/edad en los menores de 2 años, constituye una medida adecuada que pone al país al día en el contexto internacional. Sin embargo, como se comenta posteriormente falta una nueva norma nacional que permita clasificar a la población de 2-5 años con el mismo criterio peso/edad de acuerdo a este patrón. En términos simples, los dos patrones tienen valores similares de peso/edad correspondientes a una desviación estándar, particularmente durante el primer año de vida.

Aunque el indicador peso/talla no se incluye en el Plan Nacional de la Infancia se sigue utilizando con la norma de 1993 en los niños 2-5 años para evaluar su estado nutricional y acceder al PNAC de refuerzo. Sin embargo, el Panel de Expertos considera que su uso no es adecuado para niños en crecimiento. Sólo en situaciones de extrema emergencia nutricional podría justificarse, porque su deterioro permite focalizar la entrega de alimentos a los llamados desnutridos "agudos". Dado que Chile no presenta una hambruna, su uso está disminuyendo artificialmente la desnutrición

en este grupo etéreo, porque la desnutrición peso/edad o talla/edad tienen una incidencia mucho mayor que la peso/talla. Esta última situación es la típica de la desnutrición producida por deprivación crónica de alimentos, donde se afectan tanto el peso como la talla y no sólo el peso en forma aguda como en las hambrunas (Delgado HL, Valverde V, Hurtado E. Lactation in rural Guatemala. Food and Nutr Bull 1985; 7: 15-25). Si sólo se usa el indicador peso/talla para medir el estado nutricional en poblaciones crónicamente desnutridas, muchos niños desnutridos podrían no ser detectados porque el enanismo nutricional enmascara la situación real (ACC/SCN. The significance of small body size in populations. Report of the 15th Session of the ACC/SCN, c/o WHO, Geneva, 1989).

Se propone sustituirlo por el patrón peso/edad para la vigilancia y el monitoreo nutricional habitual y para efectos del acceso al PNAC de refuerzo. Esta propuesta también considera el uso de los indicadores talla/edad y peso/talla en forma complementaria. Otros argumentos para sustentar esta modificación son los siguientes:

- a) La idea con que se instaló el uso del patrón peso/talla en Chile fue que los pre-escolares de 2-5 años no recuperan el crecimiento en talla que se había perdido por desnutrición durante el período menor de dos años de edad. Sin embargo, la evidencia de diferentes trabajos nacionales (además de los internacionales) ha demostrado que en nuestro medio es posible recuperar el déficit de talla, debida a desnutrición precoz, durante el período pre-escolar: i) En una muestra de más de 5.000 pre-escolares estudiados en cuatro regiones del país (niños asistiendo a jardines infantiles), se demostró recientemente que alrededor de 40% de aquellos que tenían baja recuperan la normalidad en talla después de un año de observación (Seguel X, Atalah E, Lira MI, Edwards M, De Amesti A, Galáz H. Tasa de recuperación de talla baja y obesidad en preescolares. Resumen 21. XII Congreso Chileno de Nutrición. Rev Chil Nutr 1996; 24: 35); ii) Fernando Vio y cols. demostraron la mejoría en talla para niños pre-escolares atendidos en centros abiertos de recuperación nutricional, similares a jardines infantiles en cuanto a la alimentación pero diferentes en cuanto eran atendidos por las mismas madres (Vio F, Albala C, Olivares S, Andrade M. Evaluación de la variación del estado nutricional en lactantes y pre-escolares asistentes a centros de recuperación nutricional de la comuna de la Florida. Rev Chil Pediatr 1985; 56: 223-226); y iii) Marta Colombo y cols. han demostrado la recuperación de la talla en niños con desnutrición precoz que fueron posteriormente adoptados (Colombo M, De la Parra A, López I. Intellectual and physical

outcome of children undernourished in early life as influenced by later environmental conditions. *Develop Med Child Neurol* 1992; 34: 611-622).

- b) Además del conocido efecto de la desnutrición peso/edad severa y moderada en la mortalidad infantil, en los niños desnutridos leves-moderados (por peso/edad) con 6 meses a 5 años recientemente se ha descrito un mayor riesgo de muerte que en los niños con estado nutricional normal (Pelletier DL, Frongillo EA, Habicht J-P. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *Am J Public Health* 1993; 83: 1130-1133). Si no se previene la desnutrición y la infección en estos niños, la situación es más grave de lo que aparenta porque en este segmento poblacional (especialmente desnutridos leves) se concentran por lo menos tres cuartas partes de las muertes asociadas a desnutrición en países en desarrollo (Pelletier DL, Frongillo EA, Schroeder DG, Habicht J-P. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *WHO Bull OMS* 1995; 73: 443-448).
- c) La utilización del indicador peso/talla en los pre-escolares de 2-5 años debe ser hecha con precaución cuando se pretende diagnosticar sobrepeso u obesidad porque estos niños están en crecimiento rápido. Sólo en casos extremos y muy bien documentados podría haber el diagnóstico de obesidad en este grupo de edad porque normalmente un incremento excesivo de peso es el preámbulo para luego crecer en talla; es decir, se produce una acumulación de reservas para luego poder "dar un estirón" en talla. Autores chilenos han reportado recientemente, en base a los datos de más de 5.000 pre-escolares, que 34,9% de los obesos y 33,4% de los sobrepeso mejoró el peso/talla después de un año de observación (Seguel X, Atalah E, Lira MI, Edwards M, De Amesti A, Galáz H. Tasa de recuperación de talla baja y obesidad en preescolares. Resumen 21. XII Congreso Chileno de Nutrición. *Rev Chil Nutr* 1996; 24: 35). Concluyeron que "los cambios espontáneos de estado nutricional en una alta proporción de niños con exceso de peso no justificaría una intervención nutricional muy agresiva".

Con respecto a la clasificación de la desnutrición que utiliza el MINSAL (con menos de dos desviaciones estándar), el Panel de Expertos consideró que el uso de la categoría "en riesgo" (entre una y dos desviaciones estándar) debiera designarse como desnutrición leve, tal como lo hace la

Organización Mundial de la Salud (World Health Organization. Measuring change in nutritional status. Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programmes for vulnerable groups. WHO, Geneva, 1983); además debe considerarse el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen los desnutridos leves-moderados menores de 59 meses que se reporta en el párrafo anterior. La propuesta es utilizar el indicador peso/edad en todos los menores de 6 años con los tres grados internacionales de clasificación de la desnutrición (leve, moderada y severa), que tienen puntos de corte expresados en desviaciones estándar. Este indicador debiera ser el único para seleccionar individuos al PNAC de refuerzo. El indicador talla/edad sería de uso complementario.

**5.3.- Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de resultados se ha propuesto el programa:**

Las metas parecen adecuadas. Sólo falta agregar indicadores y metas con respecto a los problemas emergentes mencionados previamente (sección 5.1, Formato B).

**5.4.- Observaciones y comentarios en torno a los resultados (efectos) del uso que los beneficiarios hacen de los bienes y/o servicios:**

Los estudios relevantes realizados en Chile revelan algún grado de dilución intra-familiar en los alimentos entregados por el PNAC, lo que es explicable por la solidaridad presente en las familias. Como esta dilución no es muy marcada no se ha considerado como un problema grave del Programa. Sin embargo, si se definieran alimentos con diferentes niveles de fortificación de micro-nutrientes de acuerdo a la edad y estado fisiológico, se podría contribuir a un mayor uso exclusivo por el destinatario.

Por otra parte, un alimento de poco prestigio y calidad nutricional como la leche cereal, ha mostrado un creciente bajo retiro afectando los objetivos de resultado del Programa.

**5.5.- Observaciones y comentarios en torno al cumplimiento del o los objetivos de resultado del programa:**

Desde el inicio del PNAC en 1937 se ha demostrado una asociación entre la cantidad de alimentos entregados y el mejoramiento en la situación de nutrición y salud en la población materno-infantil. Aunque este mejoramiento es multifactorial, la asociación observada es concordante con la literatura científica que indica una relación causal entre estado nutricional y aporte de alimentos. Ya en los años cuarenta se había obtenido una correlación de -0,913 entre la disminución de la mortalidad infantil y la distribución de leche por las instituciones de protección materno infantil (Mardones-Santander,

F., González, T., Mardones-Restat, F., Salinas, J., Albala, C. Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el período 1937-1982. Revista Chilena de Nutrición 1986; 14: 173-182). Cabe señalar que en ese período no existían antibióticos ni vacunación sistemática que pudieran explicar el descenso de la mortalidad infantil observado.

La tendencia observada mas recientemente en los indicadores (punto 7.2, Formato A) se revela muy favorable, aunque el Panel de Expertos no cuenta con información completa de logro en todos estos indicadores para el año 1996.

También se ha observado una asociación positiva con los controles de salud, últimamente confirmada en la población de 12 a 23 meses cuando mejoró el aporte del PNAC en 1992. Sin embargo, dentro del Panel de Expertos algunos de sus miembros expresaron dudas sobre cuán estrecha es esta relación en la actualidad.

### **III.- OBSERVACIONES Y COMENTARIOS EN RELACION A LA EJECUCION DEL PROYECTO**

#### **6.- Observaciones y comentarios en torno a los bienes y/o servicios provistos por el proyecto/programa**

Los productos que entrega el programa han sido adecuados para el cumplimiento de los objetivos que se propuso.

La evolución favorable de la situación nutricional con disminución de las tasas de desnutrición infantil es un elemento a considerar en la actualidad.

Sin embargo, se han detectado nuevas necesidades nutricionales, determinadas por déficits, por ejemplo en micronutrientes como hierro, calcio y minerales traza que hacen aconsejable mejorar la calidad de los productos a través de enriquecerlos con dichos elementos. El avance tecnológico permite, en la actualidad, la elaboración de productos enriquecidos sin modificar el aspecto ni perder las propiedades organolépticas de los productos.

Así, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria tiene en la actualidad el desafío de mejorar su calidad en función de adaptar los productos a las nuevas necesidades nutricionales detectadas. Por ejemplo, se considera que un serio problema emergente vinculado al déficit de aporte de calcio en la dieta es la osteoporosis de la mujer post-menopáusica con una creciente incidencia de fractura de caderas. Por ello, se deben considerar alternativas de aumentar el aporte de calcio a través del PNAC desde la infancia y durante el embarazo. Asimismo, la embarazada obesa podría

beneficiarse más de una leche semidescremada enriquecida con hierro y calcio que de la leche entera.

**7.- Observaciones y comentarios en torno a los sistemas de producción de bienes y servicios**

**7.1.- Observaciones y comentarios en torno a los mecanismos específicos mediante los cuales se producen los bienes y/o servicios del proyecto/programa.**

Los sistemas de producción han resultado adecuados al cumplimiento de los objetivos del programa. Debe mantenerse la posibilidad de la compra de los productos tanto en el mercado internacional como en el nacional, previos estrictos controles de calidad de los productos. La necesidad de control de calidad se enfatiza dadas las experiencias anteriores que demostraron que la calidad de los productos importados era inferior a las que ofrecía el mercado nacional.

**7.2.- En relación a la estructura y organización interna que se ha dado el proyecto/programa.**

El PNAC ha adoptado una estructura y organización interna de tipo descentralizada y con amplia participación del sector privado en la producción, almacenaje y distribución de los productos a los consultorios, lo que ha hecho más ágil la operación del Programa.

El Panel de Expertos estima que la clara identificación de funciones específicas para los distintos actores involucrados (MINSAL -vigilancia nutricional-, FONASA -financiamiento-, CENABAST -compra-, Consultorio -entrega- y entes privados -provisión-), le da transparencia al funcionamiento del Programa.

No obstante lo anterior y tal como se recomienda en el Formato D, se sugiere reforzar la Unidad de Nutrición del MINSAL con la finalidad de estudiar cambios en los productos del Programa ante las nuevas necesidades nutricionales de los grupos objetivos actuales y la incorporación eventual de nuevos grupos prioritarios (adulto mayor).

**7.3.- En relación a los niveles y rol de otras organizaciones públicas y privadas que participan en el proyecto**

Esta participación se considera adecuada y produce un buen funcionamiento del programa. No se reportó por parte del MINSAL información presupuestaria que identificara un ítem para control de calidad de los productos. Suponiendo que su existencia depende de una decisión técnica simple del MINSAL, se sugiere acentuar los controles técnicos de los productos.

**7.4.- En relación a la estructura de Gerencia del programa y sus responsabilidades**

A nivel ministerial existe una sola persona encargada del programa. Dada la magnitud del mismo se necesita crear una Comisión Nacional Asesora que de consistencia a los posibles cambios, que analice la necesidad de nuevos estudios y que evalúe las políticas de mediano y largo plazo en base a diagnósticos actualizados de situación nutricional de los distintos grupos poblacionales. Se podría incluir un sistema de vigilancia epidemiológica nutricional basado en encuestas periódicas (antropométricas, de anemia, entre otras).

**7.5.- En relación a la descripción de gastos y costos del proyecto/programa**

El Panel de Expertos no cuenta con información financiera del Programa para emitir un juicio. En el Formato A, punto 9.5 se obtuvo un gasto por persona beneficiaria del PNAC de aproximadamente \$27.489 en pesos del año 1995 o de \$2.291 por beneficiario mes.

Este gasto per cápita, utilizado para financiar gastos relativos a la compra de alimentos y gastos de administración, es relativamente bajo. Sin embargo, al no ser posible estimar cuánto de este gasto per cápita corresponde a la compra de alimentos y cuánto corresponde a los gastos de administración, no es posible emitir un juicio relativo a la eficiencia del Programa.

**8.- Observaciones y comentarios en relación a quienes está dirigido el proyecto**

**8.1.- En relación a la caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa**

Aunque el PNAC es por diseño universal, en los hechos se focaliza en la población en necesidad, presumiblemente nutricional, por los antecedentes entregados y analizados en los puntos 4.3, formato B y en el punto 4, formato C.

**8.2.- En relación al universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos y sus criterios de identificación y de focalización**

El total de potenciales beneficiarios son todos los menores de 6 años y embarazadas. Consideramos que debería mantenerse este criterio de universalidad por dos razones: i) dada la autoexclusión de beneficiarios existentes; y b) debido a que cualquier focalización por características socioeconómicas puede resultar en complicaciones administrativas sin un efecto de importancia en el ahorro que se pretendería alcanzar con esta medida.

**8.3.- En relación al número real de beneficiarios que utilizan los bienes y/servicios del proyecto y sus mecanismos de integración y participación en el mismo**

Para comentar este aspecto, no se obtuvo la información oficial solicitada al MINSAL a través de la DIPRES. La información pública que se presenta en el Anuario de Atenciones y Recursos del MINSAL resultó insuficiente para analizar el retiro de alimentos por parte de las embarazadas y por subgrupo etéreo en los menores de seis años. Esta información es fundamental dados los distintos tipos de alimentos distribuidos para embarazadas y menores de seis años en cada grupo etéreo.

**8.4.- En relación a la caracterización socioeconómica de los beneficiarios que hacen uso efectivo de los bienes y servicios del proyecto**

Aunque el PNAC es universal los beneficiarios que hacen uso efectivo de los bienes de este programa son principalmente de escasos recursos (la encuesta CASEN 1996 muestra que sólo el 15% de los productos del PNAC llega al 40% más rico de la población). Debido a esta constatación insistimos en que nos parece innecesario establecer mecanismos de focalización por nivel socioeconómico.

**9.- Observaciones y comentarios a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del proyecto**

**9.1.- Observaciones y comentarios sobre los indicadores de gestión e impacto del proyecto**

No se tuvo información relativa a los indicadores de gestión presentados en el formato A, punto 1.1.

**IV.- OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ESPECIFICOS EN TORNO A LAS PROYECCIONES DEL PROYECTO/PROGRAMA (por parte del Panel de Expertos)**

**10.- Observaciones y comentarios en torno a la sustentabilidad del proyecto**

**10.1.- Observaciones o comentarios en torno a los posibles retornos del proyecto y su relación con su autosustentabilidad**

El crecimiento económico que experimenta el país ha permitido la disminución en el gasto en este Programa vía la autoselección de sus beneficiarios. La entrega de alimentos es un recurso al cual concurren los hogares frente a una necesidad, pero a medida que mejora la situación socioeconómica se produce un proceso de autoexclusión en sus beneficiarios (ver Fernández, M. y Atalah, E. "Comportamiento de los beneficiarios del PNAC según evolución de la situación de pobreza", Cuad. Med. Soc. 1995, XXX(2) : 11-15).

Es importante mencionar que las inversiones en educación, salud y en otros sectores sociales, permiten un mejoramiento no tan sólo en la calidad de vida de la persona sino que también de su productividad. Esto posibilita aumentos en su ingreso y mayores posibilidades de reducción de gastos

del Programa a través de la autoexclusión de sus beneficiarios.

En la medida que haya crecimiento económico existirán mayores recursos, recolectados vía impuestos generales, para financiar proyectos sociales.

#### **10.2.- Observaciones y comentarios sobre la situación sin la continuidad del proyecto**

Si el programa se ha ido autofocalizando en las personas con mayores problemas de salud y nutrición, estimamos que el impacto de discontinuar el programa sería importante en términos de eficiencia y equidad. Uno esperaría un impacto negativo sobre el estado nutricional de la población materno-infantil; aunque en los mayores de 3 años, grupo en el cual el aporte nutricional del PNAC no es muy significativo, probablemente no habrá un impacto de importancia (este aporte puede aumentarse para corregir al menos parcialmente los problemas de talla que presenta este grupo, factor el cual está directamente relacionado con la productividad del adulto). Debe destacarse el impacto negativo esperado en el peso al nacer y en las embarazadas de bajo peso que quedarían sin complementación. Ello podría deteriorar la mortalidad infantil ya que el peso al nacer es uno de sus principales determinantes. Además, el peso al nacer influye sobre la capacidad de aprendizaje pudiendo disminuir el rendimiento escolar, con su consecuente impacto sobre la productividad futura de estos niños.

Podría haber también un impacto negativo sobre los controles de salud en la embarazada y en los menores. Se ha argumentado que la población pobre en Chile, ya estaría suficientemente educada para requerir los controles sin la necesidad del incentivo que supuestamente introduce la entrega de alimentos. Esta hipótesis no tiene evidencia empírica que la sustente. En base a la literatura existente puede plantearse que la disminución de los controles de salud prenatales podría aumentar la morbilidad materna y disminuir la atención profesional e institucional del parto. De esta manera se podría también aumentar la mortalidad materna e infantil.

Finalmente, en cuanto a la población infantil, la disminución de los controles de salud podría afectar negativamente la amplia cobertura de los programas de inmunización que destacan a Chile con una de las coberturas más altas en la región de las Américas. Otras consecuencias negativas esperadas serían por ejemplo, la reducción de las actividades de educación para el desarrollo psico-motor y la educación en salud y nutrición.

#### **11.- Observaciones y comentarios en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del proyecto**

**11.1.- Observaciones y comentarios en torno a los reales y potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje**

El programa de salud materno infantil de Chile, del cual el PNAC forma parte, ha demostrado que el compromiso político para invertir en las personas es decisivo para lograr niveles de salud y nutrición que no se condicen con el ingreso promedio del país. Chile destaca en el contexto latinoamericano, junto a Costa Rica y Cuba, como uno de los países con mejores indicadores de salud. Países como Argentina que tradicionalmente ha tenido el doble de ingreso per-cápita, presenta una mortalidad infantil que dobla a la de Chile.

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

# FORMATO “C”

CORRESPONDE A LAS CONCLUSIONES ESPECÍFICAS  
PLANTEADAS POR EL PANEL DE EVALUACIÓN AL  
PROGRAMA, LAS CUALES SE CONCENTRAN EN:  
JUSTIFICACIÓN, SUPUESTOS Y OBJETIVOS, Y EN SU  
EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD.

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCION DE PRESUPUESTO  
PROGRAMA DE EVALUACION DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS - FORMATO C  
FICHA DE SINTESIS DE CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

<b>I.- DATOS BASICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA</b>	
<b>1.- Nombre del Proyecto/Programa:</b>	<b>Código</b>
Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). 04	
<b>1.1.- En caso de ser Proyecto, Programa o Política a la cual se vincula o es parte:</b>	
<b>2.- Ministerio Responsable:</b>	
Ministerio de Salud de Chile.	
<b>2.1.- Servicio Responsable (si corresponde):</b>	
Departamento de las Personas dependiente de la División de Salud de las Personas.	
<b>II.- CONCLUSIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACION, SUPUESTOS Y OBJETIVOS DEL PROYECTO/PROGRAMA</b>	
<b>3.- Conclusiones en torno a la validez y pertinencia de la justificación del proyecto:</b>	
<p>El PNAC se ha consolidado como un programa orientado a promover la igualdad de oportunidades de las madres y menores de seis años, a fomentar la equidad en la distribución del ingreso y propiciar las inversiones en capital humano, especialmente en nutrición (aspecto validado por varias evaluaciones económicas del PNAC).</p> <p>Aunque el PNAC está intrínsecamente ligado a las acciones estatales en salud materno-infantil, se ha destacado especialmente por sus objetivos nutricionales. A través de la educación, la evaluación antropométrica en conjunto con la evaluación clínica, la encuesta nutricional, algunos exámenes clínicos y de laboratorio, y la suplementación alimentaria, el Ministerio de Salud está cumpliendo los objetivos de prevención, promoción y recuperación nutricional.</p>	
<b>4.- Conclusiones en torno a los supuestos de ejecución del proyecto/programa:</b>	
<p>Los supuestos relativos a las instituciones involucradas con la ejecución del programa (incluyendo las empresas privadas), parecieron cumplirse adecuadamente.</p> <p>En relación a los condicionantes sociales, económicos y políticos, el Panel de Expertos considera que el PNAC debe mantenerse ligado principalmente a los beneficiarios del sistema</p>	

público de salud (que a nivel de atención primaria corresponden a algo más del 60% de la población del país), aunque también deben mantenerse incorporados otros grupos en necesidad, como se discute más adelante. Aunque este Panel no dispuso de información con respecto a la influencia combinada del ingreso y tipo de sistema de salud sobre el retiro de alimentos, se tuvo acceso a dos fuentes: a) MINSAL: Retiro de alimentos según adscripción a sistema de salud, que determinó que 10% de los beneficiarios del PNAC no son beneficiarios del sistema público (Ley 18.469); y b) la encuesta CASEN 1996: según la cual 15% de los beneficiarios del PNAC pertenecen a los quintiles de ingreso 4 y 5.

El Panel de Expertos considera que la supuesta “dilución” observada hacia personas de mayores ingresos y de otros sistemas de salud no es una falla en la focalización del programa. En primer lugar, si bien el control de salud puede ser efectuado en instalaciones del sector privado e institucional de salud el retiro de alimentos debe ser efectuado en las instalaciones del sector público, debiendo incurrir en un costo de tiempo y de transporte adicional para el retiro de alimentos. Así, las personas que retiran alimentos son aquellas para las cuales estos costos son menores a los beneficios que se obtienen. Cuando los pobres mejoran su ingreso (ver formato B), se produce la autoexclusión del Programa. En segundo lugar, el PNAC es universal y es financiado por impuestos generales de la nación. Por lo tanto, el PNAC no es restrictivo a los beneficiarios del sector público ni a los quintiles de menores ingresos, por lo que es esperable y deseable que la población en necesidad, aún perteneciendo a ISAPREs, recurra al PNAC.

#### **5.- Conclusiones en torno a la definición y cumplimiento de los objetivos del Proyecto:**

Se reconoce un amplio cumplimiento de los objetivos del Programa con respecto al estado nutricional de la población beneficiaria. Sin embargo, el Panel de Expertos tiene dudas con respecto a la idoneidad del indicador antropométrico utilizado en los niños de 2-5 años.

En efecto, el indicador utilizado en este grupo etéreo es peso/talla cuyo uso puede enmascarar el déficit de talla en los enanos nutricionales. Para evitar esta situación el Panel recomienda el uso del indicador peso/edad. Como señala el Comité de Coordinación en Nutrición de las Naciones Unidas (ACC/SCN, The significance of small body size in populations. Report of the 15th Session of the ACC/SCN, ACC/SCN, c/o WHO, Geneva, 1989), una talla pequeña es dañina para el individuo al menos en dos aspectos. Uno de ellos está en la influencia del tamaño corporal y la máxima capacidad laboral. Otro está dada por la relación entre tamaño materno y peso al nacer, que es la influencia intergeneracional entre el enanismo y el riesgo.

Aunque el peso y la talla están asociados bajo condiciones normales, el uso del peso para

asignar alimentos es obvio porque la talla tiene una respuesta mucho más lenta a la nutrición. Sin embargo, debe incluirse en forma complementaria la medición de la talla para evaluar los cambios que tenga el importante déficit observado en el indicador talla/edad. El indicador peso/talla debe usarse también en forma complementaria para diagnosticar casos extremos tanto de bajo peso como de obesidad.

Sólo queda mencionar la necesidad de que el Ministerio de Salud defina estudios de aceptabilidad y control de calidad con respecto a los nuevos alimentos como la leche cereal.

### **III.- CONCLUSIONES ESPECIFICAS EN TORNO A LA EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROYECTO:**

#### **6.- Conclusiones específicas en torno a la eficacia del proyecto:**

Los objetivos del PNAC a nivel de propósito se han ido cumplido progresivamente. En cuanto al cumplimiento de las metas para el año 2.000 respecto a estado nutricional del Plan Nacional de la Infancia, se puede destacar que las que parecen más difíciles de alcanzar y otras que a juicio del Panel son poco exigentes:

- 1) Porcentaje de niños con peso insuficiente al nacer. Su reducción implica renovar las acciones nutricionales dirigidas a las madres de bajo peso durante el embarazo, aumentando el PNAC de refuerzo.
- 2) Porcentaje de madres con peso/talla baja al momento del parto. Su reducción implica también renovar las acciones nutricionales dirigidas a las madres de bajo peso durante el embarazo, aumentando el PNAC de refuerzo. Para mantener el equilibrio financiero del programa, se podría considerar la reducción de los productos entregados en el PNAC universal, especialmente a las madres con sobrepeso y obesas. Por otra parte, se requieren estudios de prevalencia especiales, dados los problemas que tiene la información basada en los Registros Mensuales Consolidados.
- 3) Porcentaje de niños que entran a primero básico con retraso de crecimiento debido a causa nutricional ( $< - 1$  D-E- indicador talla/edad patrón OMS). Su reducción requiere de: a) Fortificar con micronutrientes específicos (de acuerdo a la edad) los alimentos del PNAC desde el primer año de vida (en los menores de un año se propone seguir la recomendación hecha en 1992 por el Comité de Nutrición de la Sociedad Americana de Pediatría); estas formulas infantiles tienen una menor probabilidad de presentar dilución familiar. b) Aumentar los aportes calórico-proteicos del PNAC de refuerzo en los pre-escolares de 2-5 años de edad. c) Normar el ingreso al PNAC de refuerzo con el indicador

peso/edad, reemplazando al indicador peso/talla.

- 4) Porcentaje de niños que reciben alimentación natural exclusiva a los 4 y 12 meses de edad. El aumento observado para el primer indicador en 1993 es muy meritorio. Se estima que desde el punto de vista del PNAC es posible continuar apoyando esta mejoría a través de las siguientes acciones: a) aumentando el PNAC de refuerzo durante el embarazo, y b) manteniendo este refuerzo durante la lactancia para las madres de bajo peso gestacional.
- 5) Tasa de desnutrición total, moderada y severa (indicador peso/edad del patrón OMS). Para continuar en la reducción de este indicador, proponemos asignar diferentes aportes calórico-proteicos de acuerdo a grado de desnutrición. Por ejemplo, podría mantenerse el PNAC de refuerzo actual para los niños desnutridos leves por peso/edad (actualmente definidos como en riesgo) en todo el rango de edades (actualmente en los niños 2-5 años de edad se utiliza el indicador peso/talla) y aumentar el aporte en los desnutridos severos y moderados. Para mantener el equilibrio financiero del programa, se podría considerar la reducción de los productos entregados en el PNAC universal, especialmente en el grupo 2-5 años. Por ejemplo, se podría considerar entregar medio kilo/mes de leche 26% MG a este grupo de 2-5 años en reemplazo del actual kg/mes de leche cereal. Esta propuesta se basa en los siguientes argumentos: a) los conocidos problemas de aceptabilidad de la leche cereal, b) que la presencia de fitatos puede estar condicionando una menor biodisponibilidad del calcio y seguramente del hierro si la fórmula láctea se fortifica, y c) que actualmente la leche cereal contiene aproximadamente medio kg de leche 26% MG por cada kg de producto.
- Como se señaló anteriormente, los datos presentados están aparentemente sub-estimando la realidad (son construidos con el Registro Mensual Consolidado) por lo que es necesario realizar estudios en terreno periódicos de toda la población menor de seis años.
- 6) Embarazadas y lactantes anémicas. Además de las fortificaciones específicas con hierro de los alimentos respectivos del PNAC, es necesario mejorar el diagnóstico con estudios en muestras adecuadas.

#### **7.- Conclusiones en torno a la eficiencia del proyecto**

Para evaluar este aspecto, se deben considerar los costos en relación a los efectos del programa. A continuación se analiza la validez de los patrones utilizados por el MINSAL y luego la experiencia y proyecciones del análisis costo-efecto para nuestro país.

- 1) Es necesario considerar los estándares para evaluar el estado nutricional en cuanto son adecuados o no para definir malnutrición. A continuación se comentan los patrones respectivos para las embarazadas y los menores de 6 años:
- a) En la curva Rosso-Mardones para evaluar el estado nutricional de la embarazada, los puntos de corte del peso/talla para determinar las áreas de malnutrición materna fueron validados por su fuerte asociación con las categorías de riesgo de muerte perinatal e infantil del peso al nacer ( $< 3.000$  g y  $\geq 4.000$  g). Habicht et al. han concluido que el riesgo de daño funcional es el criterio más adecuado en la selección de indicadores para la identificación de casos que tendrán algún tratamiento nutricional (Habicht J-P, Meyers LD, Brownie C. Indicators for identifying and counting the improperly nourished. *Am J Clin Nutr* 1982; 35: 1241-1254 ). Este criterio también ha sido sustentado por la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos para recomendar la construcción de guías de incremento de peso durante el embarazo (Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Nutrition During Pregnancy*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990: 468).
  - b) Como dijimos anteriormente, la medida de utilizar el patrón OMS con el indicador peso/edad desde fines de 1993 es una medida adecuada. Sin embargo, esta medida se está aplicando sólo para los menores de 2 años y no en el grupo 2-5 años donde se mantiene el uso del indicador peso/talla. Complementando la información histórica que demostraba un mayor riesgo de muerte en los niños desnutridos severos y moderados, recientemente se ha descrito en los niños desnutridos leves-moderados (por peso/edad) con 6-59 meses de edad un mayor riesgo de muerte que en los niños con estado nutricional normal (Pelletier DL, Frongillo EA, Habicht J-P. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *Am J Public Health* 1993; 83: 1130-1133.). Si no se previene la desnutrición y la infección en estos niños desnutridos leves-moderados la situación es mas grave de lo que aparenta porque en este segmento poblacional se concentran por lo menos tres cuartas partes de las muertes asociadas a desnutrición en países en desarrollo (Pelletier DL, Frongillo EA, Schroeder DG, Habicht J-P. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *WHO Bull OMS* 1995; 73: 443-448). Por lo tanto, el patrón peso/edad OMS es un estándar adecuado por el claro riesgo de daño funcional que presentan los

desnutridos que clasifica (Habicht J-P, Meyers LD, Brownie C. Indicators for identifying and counting the improperly nourished. Am J Clin Nutr 1982; 35: 1241-1254).

- 2) Las evaluaciones socio-económicas del PNAC citadas en el formato B punto 3.3 contribuyen a aportar información sobre la costo-eficiencia del PNAC tanto en embarazadas como en menores de seis años.

Con respecto a las embarazadas, se ha realizado un estudio más completo en Chile. Se ha demostrado la alta relación costo-eficiencia que tiene el tratamiento nutricional de las embarazadas de bajo peso diagnosticadas por la curva Rosso-Mardones. La medida de eficiencia utilizada se refirió a los cambios en el peso al nacer (Mardones S, F, Zamora, R. Evaluación socio-económica de la entrega de leche "Purita" a la embarazada en Chile. Rev Méd Chile 1990; 118: 1043-1051).

Está pendiente un nuevo análisis que incluya no sólo las muertes sino que también los años de vida perdidos por muerte prematura y por discapacidad con lo que posiblemente aumentará la relación costo-efecto; la suma de estos años de vida saludables perdidos se designa como AVAD o AVISAS. Este tipo de análisis también se hace necesario para las madres con sobrepeso y obesas. El criterio de utilizar los AVISAS se puede también aplicar en los menores de seis años.

#### **8.- Conclusiones en torno a la efectividad del proyecto:**

El PNAC no sólo ha mejorado los indicadores nutricionales en cuanto a desnutrición, sino que también ha sido efectivo a juzgar por la mejoría de los indicadores de salud materno-infantiles vinculados al estado nutricional y al cumplimiento de los controles de salud.

Por otra parte, se estima que el nivel alcanzado de los indicadores depende en una buena medida de la persistencia del PNAC, dado que otros países con nivel de ingreso similar presentan peores indicadores. Por lo tanto, si el PNAC se redujera seguramente ello se traduciría en un deterioro en los indicadores.

Con respecto al aumento del sobrepeso y obesidad durante el embarazo, se puede comentar que en los adultos este es un fenómeno mundial que ocurre con la mejoría de las condiciones de vida y no puede estar producido por el PNAC, dados los escasos aportes de calorías y proteínas que este entrega. En el caso de una extrema necesidad económica para reducir los recursos del PNAC, el Panel de Expertos propone una reducción de sus aportes (punto 6, inciso 2, Formato C) a las embarazadas con sobrepeso y obesidad, dadas sus menores

necesidades.

Con respecto al sobrepeso y obesidad en los menores de seis años, este Panel de Expertos estima que este es un período de fuerte crecimiento físico en donde no se justifica preocuparse de estos diagnósticos, excepto en casos muy extremos. En el caso de una extrema necesidad económica para reducir los recursos del PNAC, el Panel de Expertos propone una reducción de sus aportes en los niños de 2-5 años de edad con sobrepeso y obesidad, dadas sus menores necesidades (punto 6, inciso 5, Formato C).

MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

# FORMATO “D”

CORRESPONDE A LAS CONCLUSIONES Y  
RECOMENDACIONES FINALES PLANTEADAS POR EL PANEL  
DE EVALUACIÓN, LAS QUE SE CONCENTRAN EN LA  
JUSTIFICACIÓN, DISEÑO Y GESTIÓN DEL PROGRAMA  
EVALUADO.

**MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCION DE PRESUPUESTO  
PROGRAMA DE EVALUACION DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES**

**FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS - FORMATO D  
FICHA DE SINTESIS DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES**

<b>I.- DATOS BASICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA</b>	
<b>1.- Nombre del Proyecto/Programa:</b>	<b>Código</b>
Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).	04
<b>1.1.- En caso de ser Proyecto, Programa o Política a la cual se vincula o es parte:</b>	
<b>2.- Ministerio Responsable:</b>	
Ministerio de Salud de Chile.	
<b>2.1.- Servicio Responsable (si corresponde):</b>	
Departamento de las Personas dependiente de la División de Salud de las Personas.	
<b>II.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES</b>	
<b>3.- Recomendaciones en torno a la validez y pertinencia de la justificación y supuestos del proyecto/programa</b>	
<p>El PNAC se ha validado como una inversión y no como un gasto social.</p> <p>Para mejorar su justificación en términos nutricionales, manteniendo su capacidad de atracción a los controles de salud, se recomienda establecer un nuevo esquema de focalización que considere: a) las menores necesidades en cuanto a aporte calórico-proteico de las embarazadas y niños de 2-5 años con diagnóstico de sobrepeso y obesidad; y b) las mayores necesidades en cuanto a aporte calórico-proteico de las embarazadas y niños de 2-5 años con diagnóstico de desnutrición severa y moderada (en las embarazadas podría ser equivalente a &lt; 85% de la relación peso/talla al inicio del embarazo). En los menores de dos años no se consideran recomendaciones de cambio dada su alta velocidad de crecimiento y la reducida prevalencia de desnutrición.</p> <p>Para mejorar la desnutrición prevalente por talla/edad en los niños de 2-5 años, se</p>	

recomienda utilizar el indicador peso/edad (OMS) reemplazando al indicador peso/talla que no es adecuado para este objetivo nutricional.

Otra medida que mejorará su justificación en términos nutricionales es la recomendación de fortificar con micronutrientes deficitarios según necesidades de cada grupo etáreo a los alimentos del PNAC (aquellos dirigidos exclusivamente a la población objetivo de cada producto y no el arroz). Esta medida también contribuirá a apoyar el objetivo de mejorar el crecimiento en talla.

Con respecto a los beneficiarios, se recomienda mantener el esquema actual que focaliza según necesidad nutricional percibida por la población. Es evidente que la orientación universal del PNAC permite la auto-focalización.

#### **4.- Conclusiones y recomendaciones en torno al diseño del proyecto/programa**

Con respecto a la población menor de dos años se recomienda mantener el diseño actual del programa en cuanto a las características del PNAC Universal y del PNAC de refuerzo.

Para los niños 2-5 años y las embarazadas se recomienda un nuevo diseño del PNAC consistente en: a) PNAC Universal para los casos con estado nutricional normal, b) PNAC de "Sobrepeso" o "Reducido" para los casos con sobrepeso y obesidad, c) PNAC de Refuerzo 1 para los casos con desnutrición leve (en las embarazadas podría ser equivalente a 95-85% de la relación peso/talla al inicio del embarazo), y d) PNAC de Refuerzo 2 para los casos con desnutrición severa y moderada (en las embarazadas podría ser equivalente a < 85% de la relación peso/talla al inicio del embarazo).

El diseño incluiría también una definición de los alimentos distribuidos de la siguiente manera: a) Alimentos del PNAC Básico: dirigido sólo a la población objetivo de cada producto, y b) Alimentos del PNAC Familiar: dirigidos a toda la familia para evitar la dilución intra-familiar de los alimentos del PNAC Básico (este es el caso del arroz que se ha venido entregando en el PNAC de Refuerzo). La recomendación de fortificar los alimentos del PNAC básico con los micronutrientes deficitarios según grupo etáreo o fisiológico permitirá identificarlos como exclusivamente dirigidos a los mismos; esta medida contribuiría a disminuir la dilución intra-familiar de estos productos.

Como posición de consenso el Panel de Expertos considera que el aporte de leche: a) idealmente debiera alcanzar el equivalente a dos tazas de leche/día para toda la población objetivo (esta recomendación no es válida para los menores de un año que requieren un aporte mayor), y b) podría ser parcialmente descremada en el caso de las embarazadas con sobrepeso y obesidad.

## 5.- Conclusiones y recomendaciones en torno a la gestión del proyecto/programa

El Panel de Expertos considera que dada la magnitud del PNAC no es conveniente que exista a nivel ministerial sólo una persona encargada del Programa. Se recomienda crear una Comisión Nacional Asesora con los siguientes roles:

- i) Analizar la introducción de cambios de corto plazo al Programa;
- ii) Evaluar las políticas de mediano y largo plazo en base a diagnósticos actualizados relativos a la situación nutricional de los distintos grupos poblacionales; y
- iii) Evaluar mejoras en la información relativa al Programa reportada en los Anuarios de Atenciones y Recursos, del MINSAL.

Se recomienda que se presente información relativa a: i) número de beneficiarios menores de 6 años en los programas básico y de refuerzo, separados para los grupos etáreos 0-2 meses, 3-5 meses, 6-11 meses, 12-23 meses y 2-5 años; y ii) número de beneficiarias embarazadas y nodrizas en los programas básico y de refuerzo, separadas en los siguientes grupos: embarazada normal, con sobrepeso u obesa; embarazada con bajo peso; y nodriza con antecedente de bajo peso gestacional. Esta información es necesaria para poder estimar el gasto total de la norma de distribución de alimentos del PNAC.

Sería también recomendable apoyar con información, tanto al responsable del PNAC como al Comité Asesor, a través de incluir un sistema de vigilancia epidemiológica nutricional basado en encuestas periódicas del estado nutricional de la población objetivo.

Finalmente, se recomienda que el MINSAL encomiende estudios frecuentes en el tiempo relativos a la aceptabilidad y calidad nutricional de los productos incorporados o posibles de incorporar al Programa, tales como la leche cereal.