

PROGRAMAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEL SECTOR SALUD EN CHILE

Nicolás González Toro¹ y Antonio Infante Barros²

La distribución de alimentos por intermedio del Servicio Nacional de Salud se cumple en Chile desde hace más de 25 años, con coberturas crecientes. El análisis de esta distribución, con su impacto nutricional y de acercamiento de la población a los servicios de atención primaria, adquiere importancia en momentos en que el tema se debate ampliamente.

Introducción

Existe en la actualidad una gran discusión sobre la importancia de los programas de alimentación complementaria, su posible impacto y las formas adecuadas de evaluarlos.

Parece interesante en ese contexto analizar el desarrollo de esos programas en Chile, donde ya tienen más de medio siglo de existencia, con la esperanza de contribuir a que se apliquen soluciones que beneficien a la población infantil y de mujeres embarazadas de los distintos países.

La alimentación complementaria en Chile

Para entender adecuadamente los programas de alimentación complementaria en Chile, es necesario analizarlos dentro de una perspectiva histórica, ya que su magnitud ha sido en parte consecuencia de las conquistas sociales de los sectores de

obreros y empleados del país. La preocupación de los sectores médicos por los problemas sociales dio origen a dichos programas. En lo que respecta al sector salud esta preocupación por lo social se inició con particular dedicación a la desnutrición infantil y, con el tiempo, ha permitido crear una infraestructura para la salud y la nutrición que actualmente ofrece a toda la población acciones de protección, fomento, recuperación y rehabilitación (1-4).

La alimentación complementaria se inició en Chile en 1901 con la formación de las llamadas "Gotas de Leche", establecimientos ubicados en los sectores pobres de Santiago y Valparaíso, destinados a atender a los hijos de madres con problemas de lactancia y a los niños desnutridos; su actividad duró aproximadamente 50 años, hasta la creación del Servicio Nacional de Salud. Si bien es cierto que estos programas nunca alcanzaron gran cobertura, el estudio de su impacto mostró una menor morbilidad de los niños allí atendidos, y contribuyeron mucho a que el Estado se interesara en este tipo de actividades.

En 1924 se creó la Caja del Seguro Obrero Obligatorio que, entre otros beneficios, proporcionaba atención médica y se ocupaba del reparto de leche a los hijos meno-

¹ Coordinador Ejecutivo, Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN), Ministerio de Salud Pública, Santiago, Chile.

² Médico Ayudante, Unidad de Nutrición, Ministerio de Salud Pública, Santiago, Chile.

res de dos años de las madres trabajadoras. Se fundó, además, en la misma década, la Cátedra de Dietética en la Universidad de Chile y se comenzó a preparar la primera Encuesta Alimentaria Nacional y la segunda de este tipo en el mundo, auspiciada por la Liga de las Naciones (5).

En 1937 se dictó la "Ley Madre y Niño", legislación que incorporaba criterios preventivos, en especial para el grupo materno-infantil. Se ampliaron así los beneficios de seguridad social de los trabajadores a sus esposas e hijos menores de dos años. Se destinó el 5% de los fondos de seguridad social a los programas de leche, contemplando la entrega del equivalente a medio litro de leche diario a los hijos menores de dos años de los trabajadores asegurados. La cobertura del programa fue ese año aproximadamente 5% de los niños menores de dos años. Se creó, además, el primer Consejo Nacional de Alimentación, de orientación intersectorial, que contribuyó fuertemente a reforzar la preocupación nacional e intersectorial por estos problemas.

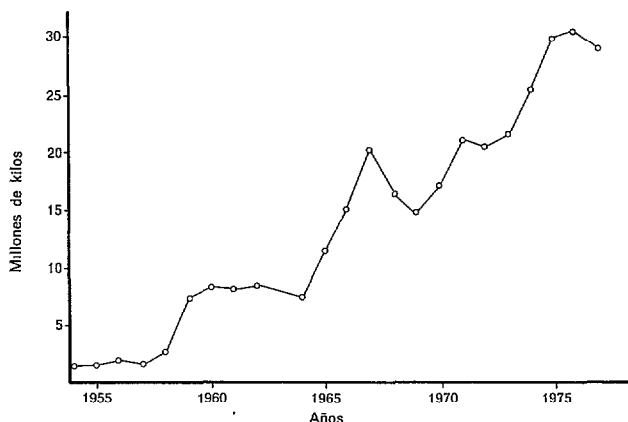
En el decenio de 1940 comenzó a llegar al país la primera leche en polvo, donada por el UNICEF, y se consiguió el financiamiento para la instalación de la primera

planta elaboradora de leche en polvo del país (6). En 1943 se distribuyeron 370,000 kg anuales de leche en polvo semidescremada entre 18,000 niños menores de dos años de los 260,000 en todo el país (6.9% de cobertura); en 1948 la distribución fue de 460,000 kg y en 1951 de 630,000 kg, con una cobertura de poco más de 10% de los menores de dos años.

El gran incremento que experimentó el programa en el decenio de 1950 se logró gracias a la existencia de la planta mencionada y a la fusión de todos los organismos de salud en Chile en el Servicio Nacional de Salud el 8 de agosto de 1952, financiado con el aumento al 10% de los fondos de seguridad social destinados al programa. Con la creación del Servicio Nacional de Salud las acciones de fomento y protección se hicieron extensivas a toda la población; en alimentación complementaria esto incluyó a las embarazadas, nodrizas y niños menores de seis años. En esa misma época se creó una ley destinada a enriquecer la harina de trigo con vitaminas del Grupo B y algunos minerales.

Los aumentos que logró el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (figura 1) se relacionaron claramente con la formulación de leyes que benefi-

FIGURA 1—Alimentos distribuidos a embarazadas, nodrizas y menores de seis años por el PNAC (millones de kilos), Chile, 1954-1977.



cieron a grupos cada vez más amplios de la población. Es así como en 1958 aumentó el financiamiento del programa con el aporte de 5% del Fondo de Prestaciones Familiares.

En 1964 se logró un importante aporte de leche de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), que a fines del decenio de 1960 decayó ostensiblemente, explicando el descenso que se observó en la distribución en esos años.

En 1970 toda la población objetivo tiene acceso al programa de leche. A partir de 1971 se decidió extender el programa hasta los menores de 15 años, y en 1972 se distribuyeron 35 millones de kg de leche semidescremada (7). En 1974 se redujo la entrega hasta los seis años, quedando los escolares atendidos parcialmente por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas creada en 1954.

Sin embargo, ha sido en los cuatro últimos años cuando el programa ha logrado sus mayores coberturas, gracias a una nueva forma de programar; al mejoramiento importante de la imagen del programa, especialmente por la incorporación en 1974 de la leche con 26% de materia grasa para el grupo de menores de dos años y nodrizas, que ha corregido en gran parte la deficiencia energética, aportando, además, una mayor cantidad de ácidos grasos esenciales; y a la incorporación de mezclas proteicas para preescolares con una relación proteínicocalórica más adecuada que la de la leche semidescremada. Todos estos productos se presentan en envases atractivos y se han introducido también en el mercado abierto, eliminando el concepto de alimentos para pobres.

De esta manera, en 1977 se distribuyeron 28,651,145 kg cubriendo el 84.5% de los menores de seis meses (120,713 niños), el 90.5% de los niños de 6 a 23 meses (339,130 niños), el 79% de los niños de dos a cinco años (770,660 niños), y el 70% de las embarazadas del país (286,806 mujeres).

El Servicio Nacional de Salud (SNS)

Para entender mejor esta distribución masiva de alimentos, es necesario referirse brevemente al SNS, ya que gracias a su estructura y funcionamiento se ha logrado llegar a tan altos niveles de cobertura.

En la actualidad el SNS cuenta con más de 5,000 médicos, 2,464 enfermeras universitarias, 1,837 matronas, 690 nutricionistas, 773 asistentes sociales y 21,286 auxiliares de enfermería. El total de funcionarios es de 55,674 distribuidos en todo el país (8). En cuestión de instalaciones el SNS cuenta con 213 hospitales con un total de 33,400 camas (3.1 camas \times 1,000 habitantes), 117 consultorios y 840 postas diseminadas por todo el país.

Los alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) se distribuyen principalmente en los centros de atención primaria en íntima relación con acciones de fomento y protección de salud (immunizaciones, crecimiento y desarrollo, estimulación psicosensorial temprana, educación nutricional y sanitaria, control del embarazo, etc.).

Ejemplos de la estrecha asociación entre la atención primaria y la dotación de alimentos se presentan en las figuras 2, 3 y 4.

FIGURA 2—Atención médica infantil en el SNS y cantidad de alimentos distribuidos por el PNAC, Chile, 1963-1977.

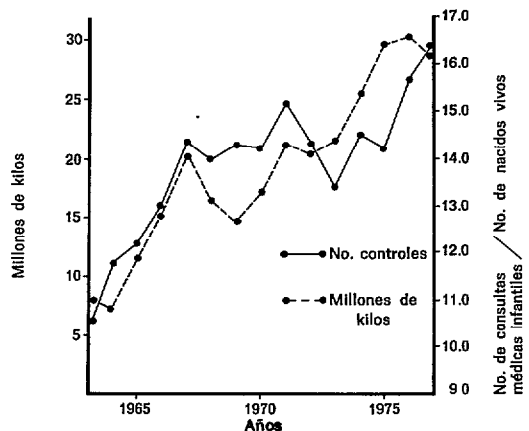
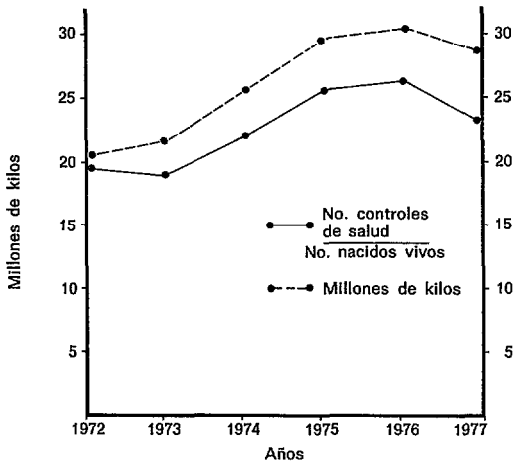


FIGURA 3—Controles de salud en menores de seis años por el SNS y cantidad de alimentos distribuidos por el PNAC, Chile, 1972-1977.



Es evidente que la donación de alimentos es un factor importante en el aumento de cobertura de las acciones de fomento y protección, fundamentalmente maternoinfantil (9). Algunas investigaciones recientes han estudiado la cobertura que tiene el SNS según los niveles socioeconómicos de la población, y los resultados obtenidos muestran que la cobertura aumenta

mientras menor es el nivel socioeconómico (10, 11).

A fin de determinar la cobertura según vulnerabilidad frente a la desnutrición se hizo el mismo estudio con población de niños desnutridos y se encontró que estos asistían casi exclusivamente al SNS y, lo que es más importante, que su asistencia a controles era cercana al 100% (10).

Por consiguiente, es evidente que la cobertura del SNS abarca en particular a la población vulnerable y que las acciones del PNAC se encuentran estrechamente asociadas a actividades desempeñadas en la atención primaria de salud, en especial a las de fomento y protección.

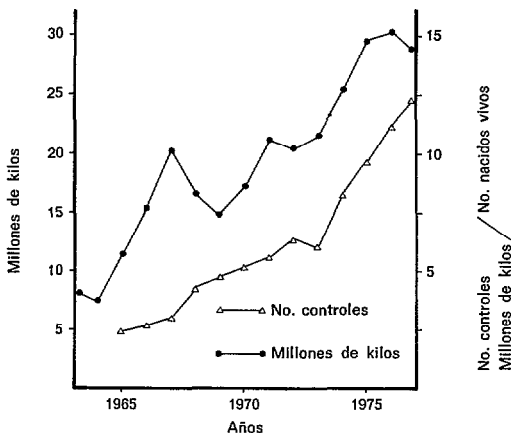
El PNAC en la actualidad

Con las modificaciones introducidas al programa desde 1974, se ha logrado que el aporte calórico de este sea cada vez mayor, manteniendo un buen aporte de proteínas de alto valor biológico (cuadro 1).

En 1976, aprovechando las excelentes coberturas del SNS y por mantenerse una alta prevalencia de desnutrición infantil, se inició el Programa de Control del Niño con Déficit Nutricional. Dirigido a la población que padece de malnutrición, contempla la entrega de alimentos —además de los del PNAC— y realiza esfuerzos especiales de seguimiento y educación nutricional. Los alimentos provienen de un convenio entre el Ministerio de Salud Pública y las agencias voluntarias *Seven Days Adventist World Service* (SAWS) y *Obra Filantrópica de Asistencia Social Adventista* (OFASA), que se encargan de entregar los alimentos a la familia del niño desnutrido y a la del niño con alto riesgo de desnutrición, de acuerdo con el siguiente criterio (12-15):

- Bajo peso al nacer (menos de 2,500 g).
- Incremento ponderal deficiente en dos meses consecutivos.
- Hijo de madre menor de 20 años.

FIGURA 4—Control de embarazadas por el SNS y cantidad de alimentos distribuidos por el PNAC, Chile, 1965-1977.



CUADRO 1—Tipo de producto distribuido por el PNAC según grupos beneficiarios, Chile, 1978.

Grupo beneficiario	Tipo de producto y cantidad	Composición porcentual	
		Calorías	Proteínas (g)
0-5 meses	Leche (26% MG): ^a 3 kg/mes	496	27
6-23 meses	Leche (26% MG): 2 kg/mes	496	27
2-5 años	Sustitutos lácteos 1 1/2 kg/mes	420	15
Embarazadas	Leche (12% MG): 2 kg/mes	410	31.6
Nodrizas	Leche (26% MG): 3 kg/mes	496	27

^a MG = Materia grasa.

- Hijo vivo número cinco o más.
- Problemas socioeconómicos del núcleo familiar.

Aunque el impacto de las intervenciones nutricionales es difícil de evaluar, pruebas de campo realizadas al inicio del programa (16) indican que este ha contribuido fuertemente a la reducción del número total de desnutridos moderados y avanzados (17) (cuadro 2). Es importante destacar también que este programa, eminentemente ambulatorio, ha logrado una amplia cobertura a un costo muy bajo (EUA\$2 × mes × niño).

En la actualidad el control del niño con déficit nutricional se define como la atención periódica, ambulatoria, sistemática y

multidisciplinaria prestada al niño de cero a cinco años con algún grado de desnutrición o con riesgo de desnutrirse, y a su grupo familiar, con fines de diagnóstico, apreciación de su etiología e intensidad, tratamiento integral y control.

Principales logros del PNAC

Como decíamos anteriormente la evaluación de este programa es siempre difícil, más aún si se considera que su espectro de acción no es solamente nutricional sino que contribuye a un mayor bienestar de las familias beneficiarias de diferentes formas: las acerca a los servicios

CUADRO 2—Prevalencia de desnutrición grave en menores de seis años bajo control en el SNS.

Año	Desnutrición moderada		Desnutrición avanzada	
	No.	% sobre pobl. bajo control	No.	% sobre pobl. bajo control
1975	27,566	2.7	7,400	0.7
1976	31,366	3.0	8,787	0.8
1977	26,289	2.5	5,472	0.5
1978	19,060	1.7	3,188	0.3

CUADRO 3—Aporte del PNAC al presupuesto familiar, Chile, agosto 1978.

Beneficios en el grupo familiar	Aporte mensual del PNAC (\$) ^a	% del sueldo mínimo fiscal (2,376) ^a	% del sueldo mínimo de empleo (826) ^a
Una embarazada	124.00	5.2	15.0
Un lactante menor de 6 meses	216.00	9.1	26.2
Un lactante de 6 a 23 meses	144.00	6.1	17.4
Un preescolar	87.00	3.7	10.5
Una embarazada + un lactante de 6 a 23 meses	268.00	11.3	32.4
Un lactante menor de 6 meses + un preescolar	303.00	12.8	36.7
Un lactante de 6 a 23 meses + un preescolar	231.00	9.8	27.9
Una embarazada + un preescolar	211.00	8.9	25.5
Un preescolar + un preescolar	174.00	7.4	21.0

^a En pesos chilenos.

de salud, lo que implica acciones de fomento y protección; actúa como un subsidio en el ingreso de las familias (cuadro 3); sirve de vehículo para actividades de educación nutricional y, por último, asegura que un sector vulnerable de la población reciba alimentos de indiscutible valor nutritivo.

Evaluaciones efectuadas en los últimos años (18, 19) muestran que el programa logra mayor cobertura en los niveles socioeconómicos más bajos y en las familias más numerosas, lo que da una idea del impacto que tiene en los grupos más vulnerables

(cuadro 4).

Gracias al PNAC, se ha logrado incorporar el hábito del consumo de leche en polvo entre la población y se ha contribuido a inculcar hábitos de higiene alimentaria en los beneficiarios.

No puede dejar de mencionarse el impacto que ha tenido el programa en el desarrollo de la industria lechera. En este momento el país cuenta con 50 modernas plantas lecheras que, en alguna medida, la magnitud del PNAC ha contribuido a crear.

El PNAC en su proyección del futuro

Mucho se discute sobre la eficacia del programa y cuál es su relación costo-beneficio. Sin duda al país le interesa conocer el rendimiento de la inversión, cercana a EUA\$50 millones anuales, que representa el costo de dicho programa. Los antecedentes aportados en los puntos anteriores pueden servir para una discusión en este sentido.

Hasta el momento no existen otras alternativas que aseguren las ventajas comparativas que tiene el programa actual. Por consiguiente, lo que cabe es perfeccionarlo y los esfuerzos actuales están dirigidos en ese sentido.

CUADRO 4—Porcentaje de participación en el PNAC, según beneficiarios por hogar y nivel socioeconómico del hogar, Chile, 1972.

	% de participación en el PNAC
<i>Beneficiarios por hogar</i>	
Uno	69
Dos	72
Tres	80
Cuatro o más	88
<i>Nivel socioeconómico</i>	
Medio alto	65
Medio bajo	78
Bajo	82

Se investigan productos lo más selectivos posible para los distintos grupos beneficiarios con miras a asegurar el máximo de eficacia y el mínimo de dilución intrafamiliar. La investigación se lleva a cabo en torno a alimentos de probada aceptación cultural, con buena aceptabilidad aguda y crónica³ y que, al mismo tiempo, figuren en el mercado comercial.

Se ha avanzado en el diseño de productos para la embarazada, fundamentalmente calóricos, para cubrir la insuficiencia de aportes que presenta cerca de un 40% de esta población. Con la adición de las vitaminas y el hierro necesarios se piensa mejorar el estado nutricional de la embarazada, en sus carencias específicas y, probablemente, en el peso de nacimiento de sus hijos.

Otra línea bastante desarrollada, y ya en pruebas de campo, es una leche entera acidificada y enriquecida con hierro, para el menor de un año. El producto ha tenido buena aceptabilidad en las pruebas iniciales y se espera poder disminuir la prevalencia de anemia por carencia de hierro de este grupo, así como la dilución intrafamiliar del alimento. En los preescolares se ha logrado un éxito relativo con los sustitutos lácteos, de manera que el desafío futuro está en mejorarlos en su aceptabilidad y adecuación nutritiva.

Para fines de 1980 se espera terminar una evaluación económica (costo-beneficio) del PNAC que permitirá medir la rentabilidad de esta inversión.

Discusión

Se ha revisado el Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile,

en su evolución histórica, en su cobertura y en su trascendencia sobre la salud y nutrición de la población.

Se espera que, en un futuro, con las reformas que se introduzcan en la calidad de los productos y siendo difícil mejorar la cobertura actual, el impacto del programa sea cada vez más eficaz. En ningún momento se ha pensado que el PNAC sea la herramienta fundamental para mejorar el estado nutricional de la población; ese es un problema mucho más complejo y de resorte intersectorial. Lo que sí se puede decir, sin temor a equivocarse, es que el PNAC es un aporte importante.

Resumen

La discusión de la experiencia chilena en alimentación complementaria puede ser oportuna en momentos en que el tema se debate ampliamente. Las características del Servicio Nacional de Salud, con su amplia cobertura, especialmente de los grupos sociales más vulnerables, gracias a programas como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria y el Programa del Niño con Déficit Nutricional, hacen que la alimentación complementaria pueda analizarse en el marco general de las acciones de salud del nivel primario, observando su importancia relativa. La evaluación de estos programas es de por sí compleja, pero no hay duda de que además del impacto nutricional, la entrega de alimentos se asocia estrechamente con acciones de fomento de la salud. Esta asociación pone de manifiesto el papel que desempeñan los alimentos en el acercamiento de la población a los servicios de salud con todas las ventajas que eso implica. Los programas para el futuro deben mejorarse dando alimentos altamente energéticos, de muy buena aceptabilidad y que sean específicos para los grupos de población que se hayan seleccionado. ■

³ *Aceptabilidad aguda*: evaluación de la aceptación de un alimento después de la primera entrega que se hace de este; *aceptabilidad crónica*: evaluación de la aceptación después de cuatro meses de distribución del producto.

REFERENCIAS

- (1) Hakim, P. y G. Solimano. *Supplemental Feeding as a Nutritional Intervention: The Chilean Experience in the Distribution of Milk*. Cambridge, Massachusetts, International Nutrition Planning Program of the Massachusetts Institute of Technology, 1975. Documentos de discusión C/75-2 y C/75-11.
- (2) Hakim, P. y G. Solimano. *Development Reform and Malnutrition in Chile*. Massachusetts Institute of Technology Press, 1978.
- (3) Hall, T. L. y P. S. Díaz. Social security and health care pattern in Chile. *Int J Health Serv* 1(4), 1971.
- (4) Mönckeberg, F. *Lucha contra la desnutrición del niño en Chile, 1925-1977*. Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición, 1978.
- (5) Dragoni, C. y E. Burnet. L'alimentation populaire au Chili, Première enquête générale de 1935. *Rev Chil Hig Med Prev* 1(10-12): 407-611, 1938.
- (6) Santa María, J. Comunicación personal.
- (7) Solimano, G. et al. Programa nacional de leche. *Cuad Med Soc* 13(4), 1972.
- (8) Chile. Ministerio de Salud Pública. *Dotación de personal del Servicio Nacional de Salud al 30 de junio de 1978*. Unidad de Informática, 1978.
- (9) Chile. Servicio Nacional de Salud. *Anuarios de atenciones y recursos*. Santiago, 1963-1977.
- (10) Chile. Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición. Ingeniería en Nutrición y Alimentos. *Sistema de información continuo sobre el estado nutricional de la población chilena*. Informe final, Santiago, 1978.
- (11) Valenzuela, J. et al. Empleo de un nuevo método de clasificación social. *Cuad Med Soc* 17(1), 1976.
- (12) Guidelines on the at-risk concept and the health and nutrition of young children. *Am J Child Nutr* 30:242-254, 1977.
- (13) Chile. Ministerio de Salud Pública. *Normas de Pediatría*, Santiago, 1976.
- (14) Chile. Ministerio de Salud Pública. Instrucciones para la atención del niño con déficit nutricional. Unidad de Nutrición, Circular No. 87, 1978.
- (15) Organización Mundial de la Salud. *Risk Approach for Maternal and Child Health Care*. Publicación en offset 39. Ginebra, 1978.
- (16) Chile. Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición. Ingeniería en Nutrición y Alimentos. *Efecto del programa OFASA sobre la tasa de desnutrición de los consultorios*. Santiago, 1976.
- (17) Chile. Servicio Nacional de Salud. *Estado nutricional de niños menores de 6 años*. (Información continua.)
- (18) Alvarez, M. L. et al. *Estudio sobre distribución y consumo de leche*. Universidad de Chile. Departamento de Nutrición y Tecnología de los alimentos, Santiago, 1975.
- (19) Alvarez, M. L. et al. *Evaluación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Estudio descriptivo del Gran Santiago*. Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Santiago, 1976.

Supplementary-diet programs of the health sector in Chile (Summary)

The Chilean experience in dietary supplementation may be of interest at this time when the subject is undergoing widespread discussion. Since coverage by the National Health Service is broad and includes particularly the most vulnerable population groups, through such programs as the National Supplementary-Diet Program and the Program for Children with Nutritional Deficit, it is possible to study dietary supplementation within the general framework of primary-level health ac-

tions and observe its relative importance. The evaluation of the programs is difficult *per se*, but there is no doubt that, in addition to the nutritional effect attained, the delivery of food is intimately linked to actions for improving health. Manifest in this association is the role of food in bringing the population to avail itself of health services, with all the advantages this implies. Future programs must be improved by providing high-calorie foods that are readily accepted and specific for the selected groups.

Programas de alimentação complementar do sector saúde no Chile (Resumo)

A discussão da experiência chilena em matéria de alimentação complementar pode ser oportuna em momentos em que o tema é amplamente debatido. As características do Serviço Nacional de Saúde, com o seu vasto campo de acção, especialmente dirigido aos grupos sociais mais vulneráveis, graças a programas como o Programa Nacional de Alimentação Complementar e ao Programa da Criança com Deficit Nutricional, fazem com que a alimentação complementar possa ser analisada dentro do âmbito geral das acções de saúde de nível primário, observando a sua im-

portância relativa. A avaliação destes programas é já por si complexa, mas não há dúvida de que além da repercussão nutricional, a entrega de alimentos está intimamente relacionada com acções de fomento da saúde. Esta relação põe em evidência o papel que desempenham os alimentos na aproximação da população dos serviços de saúde, com todas as vantagens que isso implica. Os programas para o futuro devem-se melhorar dando alimentos altamente produtores de energia, de muito boa aceitabilidade e que sejam específicos para os grupos de população que tenham sido seleccionados.

Programmes d'alimentation complémentaire du secteur santé au Chili (Résumé)

La discussion de l'expérience chilienne en alimentation complémentaire peut être opportune, à un moment où ce thème est amplement débattu. Les caractéristiques du Service National de Santé, avec sa vaste couverture, tout spécialement des groupes sociaux les plus vulnérables, — grâce à des programmes tels que le Programme National d'Alimentation Complémentaire et le Programme de l'Enfant présentant un déficit en nutrition — permettent d'analyser l'alimentation complémentaire dans le cadre général des actions entreprises en santé au niveau primaire, et de faire des obser-

ventions sur son importance relative. L'évaluation de ces programmes est déjà complexe en soi, mais il est certain qu'en plus de son effet sur la nutrition même, la remise d'aliments est étroitement associée à d'autres facteurs favorisant la santé. On voit ainsi le rôle que jouent les aliments dans le rapprochement de la population vers les services de santé, avec tout ce que ceci implique comme avantages. Les programmes futurs devront être améliorés par la remise d'aliments hautement énergétiques, très bien acceptés et spécifiquement choisis pour les groupes de population sélectionnés.