

INFORME FINAL
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y PROMOCIÓN
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y ALIMENTOS

PANELISTAS:
María Inés Romero (COORDINADORA)
Alberto Muñoz
Marcelo Pizarro

ENERO – AGOSTO 2013

TABLA DE CONTENIDOS

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA.....	4
1.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA.....	4
1.2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO.....	10
1.3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS.....	11
II. EVALUACION DEL PROGRAMA	12
1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.....	12
2. EFICACIA Y CALIDAD	15
2.1. A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES: EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PROPÓSITO Y FIN	15
2.2. RESULTADOS A NIVEL DE COMPONENTES (PRODUCCIÓN DE BIENES O SERVICIOS).....	18
2.3. COBERTURA Y FOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA.	19
2.4. CALIDAD (SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EFECTIVOS, OPORTUNIDAD, COMPARACIÓN RESPECTO A UN ESTÁNDAR)	22
3. ECONOMÍA.....	22
3.1. FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIEROS.....	22
3.2. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA	26
3.3. APORTES DE TERCEROS	27
3.4. RECUPERACIÓN DE GASTOS.....	27
4. EFICIENCIA	28
4.1. A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES.....	28
III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL.....	31

IV. RECOMENDACIONES..... 33

IV BIBLIOGRAFÍA..... 35

ENTREVISTAS REALIZADAS..... 36

V. ANEXOS DE TRABAJO..... 37

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1.1. Descripción general del programa

En Chile, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) se creó en 1954, presentando una historia ininterrumpida de más de medio siglo, período en que se han producido adaptaciones a los cambios demográficos y epidemiológicos de la población y a los nuevos conocimientos en alimentación y nutrición. Desde su creación, el propósito del programa ha sido “contribuir a mantener y mejorar el estado nutricional de la población”, apuntando al control de los problemas de malnutrición, con un énfasis inicial en la malnutrición por déficit¹ (desnutrición), incorporando luego los problemas de malnutrición por exceso² (sobrepeso y obesidad y, a partir de la disminución de éstos, contribuir al control de las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a la alimentación).

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados, en el inicio del programa, a niños/as menores de 6 años, gestantes y nodrizas³. A partir de 2003 se agregaron otros grupos poblacionales con necesidades nutricionales especiales, como son los prematuros extremos⁴ y los menores de 18 años con enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo (EIM)⁵. En 2008, se extienden los beneficios del programa a las embarazadas portadoras de fenilketonuria con el fin de asegurar el desarrollo fetal normal, previniendo la microcefalia, el peso de nacimiento menor de 2.5 kilos, la cardiopatía congénita y el posterior retardo mental, complicaciones propias de esta condición cuando no se elimina de la dieta el aminoácido (fenilalanina) comprometido en la cadena metabólica.

La entrega de los beneficios se realiza a través de los establecimientos de la red de Atención Primaria de Salud y de otros establecimientos en convenio con el Ministerio de Salud, establecimientos donde se vincula con actividades de promoción, protección y recuperación de la salud. Actualmente el PNAC distribuye al año, en todo el país, una cifra cercana a 16 millones de kilos de diversos alimentos, donde los lácteos representan el 98% del volumen total.

El impacto conjunto de esta y otras acciones de salud determinó la reducción de la mortalidad infantil (MI)⁶, desde tasas de casi 300 por 1.000 nacidos vivos en 1920 a 139 en 1948 y a 8 en los últimos años (97% de descenso) como se presenta en la Figura 1. Esta importante disminución se correlaciona con la reducción de la desnutrición infantil desde prevalencias de 37% en los años 60 a 0,3% en la actualidad, como uno de varios factores contribuyentes.

¹ Los “Programas Alimentarios” que anteceden al PNAC, nacieron por iniciativa privada hacia 1912 con la creación de “La Gota de Leche”, dispensarios a través de los cuales se entregaba caritativamente leche a los niños y madres más desvalidos y desnutridos. La Ley del Seguro Obrero Obligatorio de 1924 y la Ley Madre y Niño de 1938 establecieron el derecho a recibir alimentación complementaria en base a leche a las madres y a los niños menores de 2 años, a través de programas a sus beneficiarios (obreros, madres trabajadoras y sus hijos). En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) y dos años más tarde nace oficialmente el “Plan Nacional de Alimentación Complementaria” (PNAC) como una estrategia de Estado para combatir la desnutrición y reducir la mortalidad infantil. La creación del Servicio Nacional de Salud contribuyó a la consolidación de los programas alimentario-nutricionales al vincularlos con los programas de control de salud (salud materno-perinatal y salud del niño y adolescente) y de inmunizaciones, programas integrados desarrollados a través de una amplia red de establecimientos a lo largo del país. En 1987 la Ley N° 18.682 institucionalizó el Programa Nacional de Alimentación Complementaria como un beneficio universal, independiente de la situación previsional de los beneficiarios.

² En 2002 entre los menores de 6 años, la prevalencia de sobrepeso alcanzaba a 10 % y la de obesidad a 7,4%, en tanto riesgo de desnutrir era 3,1% y desnutrición 0,5%. En la embarazada, el sobrepeso era 21,7%, la obesidad 33,4%, el bajo peso 13,3% y el estado nutricional normal alcanzaba a 31,5%.

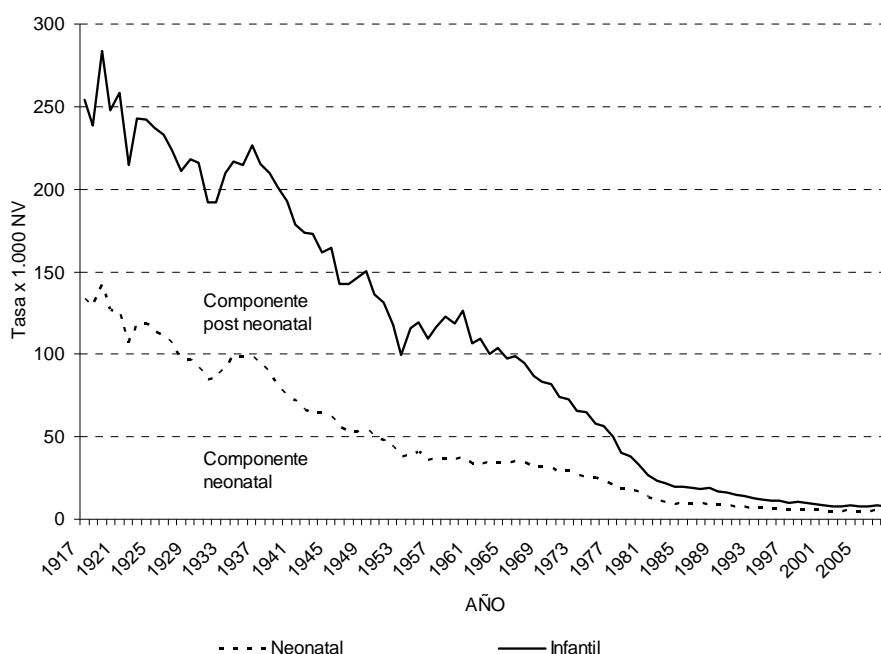
³ Madres que amamantan a sus hijos.

⁴ Peso inferior a 1.500 gramos o gestación de 32 semanas o menos

⁵ Inicialmente fenilketonuria (PKU) y a partir del 2011, enfermedad de la orina olor a jarabe de arce, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia isovalérica y citrulinemia tipo1, encontrándose en estudio otras para su incorporación.

⁶ La MI representa el riesgo de muerte del menor de 1 año en relación a los nacidos vivos, distinguiéndose en este riesgo 2 componentes: el neonatal, (menores de 28 días) que se asocia a las condiciones maternas y a la atención profesional del parto, y el postneonatal (28 días hasta el momento antes de cumplir un año) que se asocia a la atención de salud de los niños y a otros determinantes sociales.

FIGURA 1
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN CHILE
CHILE 1917 – 2008
TASAS POR 1.000 NACIDOS VIVOS



Fuente: Elaboración propia a partir de la reconstrucción de las tasas desde diferentes publicaciones del Ministerio de Salud y del Instituto nacional de Estadísticas (INE)

Diseño actual del Programa de Alimentación Complementaria

El **FIN del Programa** es “contribuir a mantener y mejorar la salud de la población”.

Su **PROPÓSITO** es mantener y mejorar el estado nutricional⁷ de embarazadas, nodrizas, niños menores de 6 años, prematuros extremos y menores de 18 años portadores de enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo (EIM).

El PNAC tiene como único **COMPONENTE** la entrega de alimentos y se expresa como “embarazadas, nodrizas, menores de 6 años y menores de 18 años con enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo reciben y consumen alimentos complementarios según sus necesidades específicas, de acuerdo a recomendaciones, normas e instructivos actualizados y en uso en todos los niveles de ejecución del programa por personal capacitado para su aplicación⁸”.

⁷ Considera malnutrición por déficit y malnutrición por exceso.

⁸ Los objetivos específicos del PNAC son los siguientes: (1) Promover el desarrollo de las potencialidades de niños/as desde la gestación. (2) Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia, mediante el apoyo alimentario. (3) Promover la lactancia materna, mediante la entrega de educación y apoyo nutricional a la gestante y a la mujer que amamanta. (4) Contribuir a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles desde las primeras etapas de la vida, mediante educación nutricional y entrega de alimentos adecuados a cada etapa del desarrollo. (5) Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer mediante la entrega de alimentos adecuados a la gestación, ligados al control de salud. (6) Prevenir y corregir el déficit nutricional en los niños/as y gestantes. (7) Proteger la salud de niños/as en situaciones especiales de riesgo nutricional como: prematuridad, niños y adolescentes con enfermedades metabólicas. (8) Contribuir al cumplimiento de las acciones de salud, vinculando la adherencia a

Este programa está conformado por “subprogramas” que se dirigen a grupos poblacionales específicos y que consideran el diagnóstico de su estado nutricional⁹ y de salud.

Los “subprogramas” son:

- **PNAC básico:** Dirigido a mujeres embarazadas, madres que amamantan hasta el 6º mes post-parto y menores de 6 años de edad, con diagnóstico nutricional de normalidad, sobrepeso u obesidad.
- **PNAC refuerzo:** Dirigido a mujeres embarazadas, madres que amamantan hasta el 6º mes post parto diagnosticadas con bajo peso y menores de 6 años de edad desnutridos o en riesgo de desnutrir.
- **PNAC para Prematuros:** Destinado a prevenir y/o recuperar el daño nutricional de estos lactantes. Entrega hasta la edad de 12 meses, corregida por edad gestacional, fórmulas especiales destinadas a cubrir la alta demanda nutricional de los prematuros que pesan menos de 1500 gramos de peso al nacer y/o que tienen menos de 32 semanas de gestación.
- **PNAC para menores de 18 años con Fenilcetonuria y otros errores innatos del metabolismo¹⁰:** Programa dirigido a prevenir y mantener el estado de salud y prevenir el retardo mental que produce esta patología metabólica si no es tratada oportuna y adecuadamente, mediante la entrega de sustitutos lácteos libres de los aminoácidos comprometidos en la vía metabólica alterada¹¹. Incluye desde 2008 a embarazadas portadoras de PKU¹².

Los productos que entrega el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, según tipo de beneficiario se presentan en el siguiente cuadro:

estas acciones mediante la coordinación entre el Programa Nacional de Inmunizaciones y el control de salud. (9) Promover en los Establecimientos del Nivel Primario de Atención y los Policlínicos de Seguimiento del niño prematuro, una modalidad de trabajo integral y coordinado, con la participación de equipos multidisciplinarios y de especialistas.

⁹ El estado nutricional se evalúa usando como patrón las curvas internacionales, de acuerdo a recomendación de la Organización Mundial de la Salud y que clasifica a los niños de acuerdo a su ubicación en promedio y desviación estándar (DE) en las gráficas de peso para la edad y peso para la talla y que se realiza en cada control de salud.

¹⁰ Los niños con fenilcetonuria (PKU) se diagnostican al momento de nacer a través del programa nacional de pesquisa neonatal a diferencia de las otras EIM, que no son, hasta la ahora, objeto de pesquisa neonatal y llegan al programa cuando presentan crisis metabólicas y manifestaciones clínicas con riesgo vital.

¹¹ Los productos libres de aminoácidos comprometidos en la vía metabólica aseguran la nutrición y las mejores condiciones para el desarrollo cognitivo y la capacidad de aprendizaje permitiendo el desarrollo de las potencialidades de estos niños

¹² Con el fin de asegurar el desarrollo fetal normal, previniendo la microcefalia, peso de nacimiento menor de 2.5 Kg., cardiopatía congénita y posterior retardo mental, complicaciones propias de esta condición.

Cuadro 1.
Productos PNAC por tipo de beneficiario y subprograma

SUBPROGRAMA	PRODUCTO	BENEFICIARIOS
PNAC Básico	Leche Purita Fortificada	Menores de 18 meses
	Purita Cereal	18 a 71 meses
	Purita Mamá	Nodrizas y Gestante
PNAC Refuerzo	Leche Purita Fortificada	Menores de 18 meses
	Purita Cereal	18 a 71 meses
	Mi Sopita	6 a 71 meses
	Purita Mamá	Nodrizas
PNAC Prematuros	Fórmula Inicio Prematuros	Hasta los 6 meses de EGC
	Fórmula Continuación Prematuros	Entre los 6 y los 12 meses de EGC
	Leche Purita Mamá	Nodrizas (hijo prematuro)
PNAC de Enfermedades Especiales	Sustitutos Proteicos	Menores de 18 años con EIM Mujeres PKU embarazadas y en etapa pre-concepcional

Fuente: PNAC MINSAL

El **PNAC Básico**, corresponde al subprograma que beneficia a niños/as, gestantes y nodrizas, con estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad. Los alimentos que se distribuyen son: Leche Purita Fortificada, Purita Cereal y Purita Mamá. Las madres de niños menores de 6 meses y el grupo de niños entre 0 y 17 meses reciben, respectivamente, Leche Purita Mamá y Leche Purita Fortificada dependiendo de su situación de lactancia materna¹³ y de la edad del niño. Por otro lado, el producto la Leche Purita Mamá se entrega a todas las gestantes y la Purita Cereal se entrega a todos los niños¹⁴ entre 18 y 71 meses (en el caso de los niños entre los 24 y los 71 meses la frecuencia de entrega del producto es cada dos meses).

El siguiente cuadro detalla esta información:

Cuadro 2.
Distribución de Alimentos PNAC Básico (kilos de producto por mes).

Alimentos kg / Edad Meses	Gestante Normal Sobrepeso Obesa	0-6 ms Madre - hijo LME	0-6 ms Madre - hijo LMP	0-6 ms Lactante sin LM	6 – 11 meses	12-17 meses	18-23 meses	24-71 meses
Purita Mamá	1	2	1	----	----	----	----	----
Purita Fortificada	----	----	1	2	2	2	----	----
Purita Cereal	----	----	----	----	----	----	2	2

Fuente: Manual del Programa Alimentario. PNAC, MINSAL.

¹³ La situación de lactancia materna para cada caso se evalúa cada vez que se hace entrega de Bebida Láctea Purita Mama determinando la cantidad necesaria de Bebida Láctea Purita Mama según: "lactancia materna exclusiva" (el hijo recibe 100% de su requerimiento lácteo como leche materna) o "lactancia materna predominante" (el hijo recibe más del 50% de su requerimiento lácteo como leche materna). La situación de Lactancia Materna se determina según la producción de leche por cuantificación de extracción o por pesada antes y después de mamar, lo que se resta del volumen requerido de alimentación (aproximadamente 200ml/kg/día), la cantidad resultante define la cantidad de fórmula de producto requerido.

¹⁴ Se autoriza la entrega de Leche Purita Fortificada a menores de 6 años portadores de enfermedad celíaca certificada por especialista

El **PNAC Refuerzo** corresponde al subprograma que beneficia a los niños/as con riesgo de desnutrir o desnutridos, gestantes con bajo peso y madres que amamantan con bajo peso. La entrega de beneficios de este subprograma está condicionada al cumplimiento de las acciones de salud establecidas en las normativas respectivas¹⁵. En caso de niños/as, los alimentos entregados son un adicional de producto lácteo y/o Mi Sopita, y para las gestantes y nodrizas, un adicional de producto lácteo. El número de kilos al mes que las nodrizas reciben hasta los 6 meses de edad de su hijo, dependerá de su situación de lactancia. Mientras la cantidad de kilos por mes que los niños reciben de Leche Purita Fortificada y Leche Purita Cereal dependerá de la edad del niño.

El cuadro siguiente muestra la distribución de alimentos que entrega el PNAC Refuerzo.

Cuadro 3.
Distribución de Alimentos PNAC Refuerzo (kilos de producto por mes).

Tipo de Alimentación	Purita Mamá Kg.	Grupos de edad Meses						
		Leche Purita Fortificada (kg/mes)					Leche Purita Cereal (kg/mes)	
		0 a 2	3 a 4	5	6 a 11	12 a 17	18 a 23	24 a 71
Lactancia Materna Exclusiva	2							
Lactancia Materna Pre-dominante	1	1	2	2				
Formula Pre-dominante	1	2	3	3 + 1 Mi Sopita				
Fórmula Exclusiva	0	2	3	3 + 1 Mi Sopita	3 + 2 Mi Sopita	2+2 Mi Sopita	2+2 Mi Sopita	2+2 Mi Sopita

Fuente: Manual del Programa Alimentario. PNAC, MINSAL.

En el **PNAC Prematuros** el número de kilos de Leche Inicio (niños hasta los 6 meses) y Leche Continuación (niños entre 6 y 12 meses) dependerá de su edad y situación de lactancia, como se presenta en los cuadros siguientes:

Cuadro 4.
Distribución de Alimentos PNAC Prematuros hasta los 12 meses de Edad Gestacional Corregida

Edad Gestacional Corregida	PN >1.000g <1.500 gramos y/o <32 semanas	PN igual o <1.000g y/o DBP
Desde el alta hasta 6 meses	Fórmula prematuros	Fórmula prematuros
Desde 6 hasta 12 meses	Fórmula de continuación	Fórmula prematuros

¹⁵ Norma para el manejo ambulatorio de malnutrición del niño/a menor de 6 años del 2007" y las establecidas en el programa de salud sexual y reproductiva.

Cuadro 5.
Esquema de distribución de alimentos, programa prematuro y nodriza

Tipo de Alimentación	Leche Prematuro Inicio			Leche Prematuro Continuación	Leche Purita Mamá
	Alta a 40 semanas de EGC	40 semanas a 6 meses de EGC	6 a 11 meses de EGC PN <1.000 g con DBP	6 a 11 meses de EGC PN >1.000g sin BP	Hasta 6 meses de EGC
Lactancia materna exclusiva					2 kg
Lactancia materna predominante	1,5 kg	2 kg	3 kg	3 kg	1 kg
Fórmula predominante	3 kg	4 kg	3 kg	3 kg	1 kg
Fórmula exclusiva	3 kg	4 kg	3 kg	3 kg	0

Fuente: Manual del Programa Alimentario. PNAC, MINSAL.

En el **PNAC de Enfermedades Especiales**¹⁶, los beneficiarios de este programa son todos los niños/as y gestantes independientemente de su edad y situación previsional, con diagnóstico de fenilcetonuria (PKU), enfermedad orina olor a jarabe de arce, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia isovalérica y citrulinemia tipo 1, encontrándose en estudio la factibilidad de incorporar otras. Dicho beneficio se entrega desde el nacimiento hasta los 17 años 11 meses y 29 días, mujeres PKU en etapa pre-concepcional (y desde 2 meses antes de la gestación, cuando ello es posible). Este subprograma considera como beneficio, sustitutos lácteos para fenilcetonúricos y sustitutos proteicos para otros errores innatos del metabolismo. Estos productos son libres de los aminoácidos comprometidos en la vía metabólica alterada y con vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales.

El retiro del sustituto lácteo sin fenilalanina y sustitutos proteicos se realiza mes a mes coincidiendo con las fechas de citación a control, debiendo el beneficiario estar inscrito en el programa de seguimiento, en el consultorio que le corresponda según su residencia y cumplir con los requisitos ya establecidos en el protocolo de seguimiento. El sustituto lácteo sin fenilalanina y el sustituto proteico, es entregado sólo cuando el niño asiste a su control en el INTA de la Universidad de Chile y se entrega una receta médica con la cantidad de sustituto lácteo sin fenilalanina o sustituto proteico a entregar. El formulario especialmente diseñado para estos efectos, es llenado por el médico o el nutricionista del INTA. Para poder retirar los productos se requiere estar inscrito en algún establecimiento de Atención Primaria de Salud, tener controles de salud y vacunas al día, según los requerimientos de cada programa y esquema ministerial vigente.

El tipo de producto que se entrega y su cantidad depende de la enfermedad, de la edad del paciente y de los niveles plasmáticos del aminoácido cuya vía metabólica está alterada¹⁷.

Los principales requisitos para el retiro de los alimentos son los siguientes¹⁸:

- Estar inscrito en un establecimiento de Atención Primaria de Salud.

¹⁶ Normas para el óptimo desarrollo de programas de búsqueda masiva de fenilcetonuria (PKU), hipotiroidismo congénito (HC) y otros errores congénitos del metabolismo. Ministerio de Salud, División de Prevención y Control de Enfermedades. Resolución exenta N° 206, 20 de abril de 2007. Subsecretaría de Salud Pública.

¹⁷ Los productos son específicos para cada enfermedad. Para PKU son Phenex 1, Phenex 2, Anamix, Maxamun, PAM; para enfermedad de la orina olor a jarabe de arce son MSUD Anamix, IVA Anamix MSUD Maxamaid y XLEU Maxamaid; para acidemias propiónica y metilmalónica son Propimex1, Propimex2 y MTVI Maxamun; para citrulinemia son Cyclinex1, Essential AA y Cyclinex 2.

¹⁸ El detalle de los requisitos se encuentra en Manual del Programa Alimentario. PNAC, MINSAL.

- Tener actividades de salud al día, según los requerimientos de cada programa (carnet de salud para usuarios del sistema público, o formulario emitido por un médico para usuarios del sistema privado).
- Tener vacunas al día según esquema ministerial vigente.

En cuanto al contexto de política y normativa destaca el objetivo estratégico al que se vincula el programa, el cual es “Desarrollar Políticas Públicas intersectoriales, que promuevan estilos y hábitos de vida saludable, orientadas a disminuir la prevalencia de enfermedades no transmisibles, desincentivar el consumo de alimentos de alto contenido de nutrientes críticos (sodio/sal/grasas) e instalar medidas estructurales para la creación de entornos que estimulen estilos de vida saludables con pertinencia local”¹⁹. Este representa un visión actualizada de las necesidades de la población dado el cambio epidemiológico que muestra la superación de la desnutrición calórico-proteica.

El PNAC se vincula con distintos programas que tienen objetivos y/o poblaciones complementarias, destacando los programas de salud del niño y del adolescente y de la mujer, así como el programa de control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).y el Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM). En el período evaluativo se ha vinculado con el Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física (PASAF) y la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV)²⁰ del MINSAL, Chile Crece Contigo del Ministerio de Desarrollo Social y el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Todos estos programas incorporan distintas acciones que incluyen nutrición, alimentación y actividad física.

El ámbito de acción del PNAC es **todo el territorio nacional**.

El período de ejecución del Programa Nacional de Alimentación Complementaria es **anual**.

El PNAC **aplica enfoque de género**, al tener entre sus beneficiarios a embarazadas y nodrizas. También considera un grupo especial de embarazadas, las portadoras de fenilquetonuria, destacándose el hecho que ha incluido entre las beneficiarias a mujeres portadoras de PKU, en etapa pre-concepcional, con el objetivo que ellas lleguen a un embarazo en las mejores condiciones de salud.

1.2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo.

La población potencial del Programa Nacional de Alimentación Complementaria corresponde al total de la población chilena de los grupos etarios y demográficos a quienes está dirigido el programa. Las cifras de cuantificación de esta población se obtienen de la población oficial que entrega el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Por las características expuestas del programa, la población objetivo es la misma que la población potencial y la cobertura de ésta respecto a la total es de 100%.

¹⁹ FICHA DE DEFINICIONES ESTRATÉGICAS AÑO 2012-2014. (Formulario A1) Objetivo estratégico institucional N°2.

²⁰ La EINCV se enmarca en los Objetivos Sanitarios de la década, en el contexto de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente cardiovasculares, definidas como prioridad país por su impacto en la morbimortalidad de la población.

A continuación se presentan las poblaciones y su evolución en el tiempo para los 4 años del periodo evaluativo.

Cuadro 6.
Población Potencial y Objetivo según grupo programático.
Período 2009-2012

Año	Niños menores de 6 años	Gestantes	Nodrizas	Prematuros	EIM^{21, 22}	Total
2009	829.999	101.561	109.797	7.863	180	1.049.400
2010	831.110	100.066	106.780	9.161	180	1.047.297
2011	832.851	100.547	106.528	8.540	180	1.048.646
2012	834.594	97.804	99.900	8.765	180	1.041.243
% Variación 2009-2012	0,6%	-3,7%	-9,0%	11,5%	0	-0,8%

Fuente: INE, MINSAL: DEIS, PNAC

Se observa una disminución de 0,8% en el total de la población potencial y objetivo.

Las cifras muestran un leve ascenso en los niños menores de 6 años (0,6%) y un incremento de 11,5% de los prematuros, lo que es consistente con una tendencia al aumento en la incidencia de prematuridad de 5 a 6,6% (32% de incremento) durante el período 1991 a 2008²³.

En cuanto a la población de gestantes y nodrizas se observa un descenso de la población potencial y objetivo, de 3,7% para las primeras y de 9% para las segundas, en parte explicable por las tendencias de la natalidad, que en términos del número de nacidos vivos presenta un descenso de 4,9% entre los años 2000 y 2010²⁴. De acuerdo a información sobre nodrizas y prevalencia de lactancia materna exclusiva, no se podría asumir que la disminución de la población de nodrizas se deba a disminución de lactancia materna exclusiva a los 6 meses pues si bien ésta bajó 8% entre 2008 y 2009 (49 a 45,1%) en los años siguientes ha subido y bajado en forma asistemática presentando 41% en 2011, cifra que se recupera a 43% el año 2012^{25 26}.

1.3. Antecedentes presupuestarios

En cuanto al financiamiento, el PNAC se financia, básicamente, a través del ítem "Transferencias Corrientes al Sector Privado" bajo el subtítulo 24, ítem 01, como parte del presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública.

²¹ Corresponde a la incidencia anual (casos nuevos) multiplicada por 5 que da la prevalencia (casos totales, es decir, nuevos y antiguos). La incidencia es calculada aplicando la tasa de incidencia anual estimada de cada condición a los nacidos vivos de cada año y que son: PKU 1:15.000; enfermedad orina olor jarabe arce 1:60.000; acidemia metilmalónica 1: 50.000; acidemia isovalérica 1:67.000; citrulinemia tipo 1 1:200.000. Se multiplica la incidencia por 5, pues se estima que los menores de 5 años, por su velocidad de crecimiento acelerada deben recibir los productos que cautelen su crecimiento y desarrollo, su indemnidad neurológica y su estado nutricional.

²² No se incluye en esta estadística a las embarazadas PKU que sólo se incorporan al programa por derivación y que en número alcanzaron a 3 en el período evaluativo (0 el 2009, 1 el 2010, 2 el 2011 y 0 el 2012).

²³ Paulina López Orellana. Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso. PREMATUREZ: Evolución de la edad gestacional y el peso al nacer de los nacidos vivos en Chile 1991-2008.

²⁴ En el año 2000 los nacidos vivos (NV) alcanzaban a 261.993, cifra que se reduce a 251.199 en el año 2010.

²⁵ Dra. Morelia Ossandón, Presidenta Comité de Lactancia Materna, Sociedad Chilena de Pediatría. Comunicación personal.

²⁶ Comisión Nacional de Lactancia, Ministerio de Salud.

Se observa un incremento de 16% en el presupuesto total del programa entre los años 2009 y 2013. Sin embargo, la participación del PNAC en el presupuesto de la institución responsable disminuye en 12 puntos porcentuales, de 26 a 14% (44% de descenso)²⁷.

Cuadro 7.
Presupuesto total del programa 2009-2013
(miles de \$ año 2013)

Año	Presupuesto total del programa (incluye todas las fuentes de financiamiento) ²⁸	Presupuesto del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)	Presupuesto Total Institución Responsable (SSP) (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)
2009	45.023.581	39.926.760	154.533.866	26%
2010	44.876.460	39.997.188	311.627.154	13%
2011	52.604.402	47.925.166	322.687.395	15%
2012	52.325.825	47.867.271	318.912.414	15%
2013	52.417.609	47.959.054	334.050.483	14%
% Variación 2009-2013	16%	20%	116%	

Fuente: DAF MINSAL

II. EVALUACION DEL PROGRAMA

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El Programa se justifica desde el punto de vista económico por la externalidad positiva que genera el consumo de leche, aumentando el bienestar social. Por ejemplo, al generar mejores estados de salud en su población beneficiaria, disminuyen sus probabilidades de requerir atenciones en el sistema de salud y de esta forma se liberan recursos para el resto de la población usuaria del sistema.

Adicionalmente, el Programa también se justificaría por la necesidad de mantener bajo control los problemas de mal nutrición. Si bien, como se muestra en los párrafos siguientes, los indicadores de desnutrición o mal nutrición por déficit se han mantenido estables y en niveles bajos, el PNAC en la actualidad requiere profundizar sus esfuerzos en población vulnerable, tales como los niños prematuros, las embarazadas con bajo peso, la población con errores innatos del metabolismo susceptibles de diagnóstico precoz a través de pesquisa neonatal y la población con problemas de mal nutrición por exceso.

En sus orígenes el programa se justificó en la necesidad de complementar la alimentación de embarazadas, nodrizas y niños menores de 6 años, en momentos en que la desnutrición calórico-proteica presentaba altas tasas de prevalencia en Chile (37% en 1960). Hoy en día esa tasa es sólo 2,4%, muy por debajo del promedio de la región, por lo que puede afirmarse que en Chile este problema de salud ha disminuido, disminución atribuible a un conjunto de estrategias, PNAC entre éstas, en los ámbitos de salud, alimentación y nutrición, paralelamente con otras actividades orientadas al fomento de la educación, protección social y al desarrollo económico y productivo del país²⁹.

²⁷ La reducción observada en la participación del PNAC en el presupuesto de la institución responsable se debe a un aumento en el subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social.

²⁸ Este valor incorpora la asignación al programa en la Ley de Presupuesto 2013 y la estimación de los aportes de los establecimientos de salud que operan como puntos de entrega.

²⁹ Varios se han relacionado con la prevención y control de la desnutrición, tales como crecimiento del PIB, disponibilidad de agua potable, disposición de excretas y basuras, años de estudios de la población, particularmente de la mujer, acceso a atención y programas de salud (preventivos y curativos) de alta cobertura, promoción de la lactancia materna y de una adecuada alimentación complementaria, vacunación oportuna, control de crecimiento y desarrollo, entre otros.

Desde fines de los años 80, Chile inicia un proceso de transición nutricional y epidemiológica con disminución de los problemas de malnutrición por déficit y una creciente prevalencia de los problemas de malnutrición por exceso (sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico y otras enfermedades crónicas). Este perfil no es así a nivel mundial y, aún en el siglo XXI, la desnutrición calórico-proteica está entre las 15 primeras causas de muerte en los menores de 20 años^{30 31}. El crecimiento de los niveles de ingreso de la población ocurrido desde finales de los años ochenta condujo a un mayor consumo de alimentos con alta densidad energética, lo que junto con el sedentarismo, llevó a un incremento de sobrepeso y obesidad. Lo anterior está asociado al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, principal causa actual de morbilidad del país, por sus implicaciones para la economía y la sociedad y su carga generada sobre los sistemas de salud

Como respuesta a lo anterior, el programa ha modificado en parte su diseño, adoptando como objetivo de propósito, una mirada integral de la malnutrición que incorpora el déficit y el exceso. En lo que se refiere a la malnutrición por déficit, la existencia del programa se justifica por cuanto éste; (1) contribuye a mantener las bajas cifras de desnutrición alcanzadas; (2) por estar en estrecha relación con los programas infantil, de adolescencia y de salud reproductiva de la mujer contribuye al cumplimiento de los objetivos de éstos; (3) responde oportunamente al tratamiento de la desnutrición de embarazadas, nodrizas y prematuros; y (4) por la experiencia de larga data como un programa masivo, el Estado cuenta con un instrumento flexible que tiene una población beneficiaria cautiva y que puede movilizar recursos y actuar rápidamente en caso de enfrentar crisis económicas.

Si bien el programa, a través de la entrega de leche y alimentos específicos según necesidades de los distintos grupos de beneficiarios, no contribuye ni es causante de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tampoco podría definirse como una iniciativa por medio de la cual se esté combatiendo el problema de salud de malnutrición por exceso. Por lo tanto, la justificación de la existencia del programa no estaría en sus logros ni reales ni potenciales de control de la obesidad y sobrepeso.

A partir de la Encuesta CASEN³² se puede obtener una aproximación al impacto monetario del PNAC. El cuadro siguiente muestra el Ingreso autónomo de los hogares (IAH) así como el ingreso promedio del hogar por concepto del PNAC, expresados mensualmente y en moneda del año 2009, por decil de ingreso autónomo per cápita. Como se observa, el impacto monetario del Programa es inversamente proporcional al ingreso de los hogares. A saber, en el primer decil su participación mensual es de casi un 1,8% y en el último decil es de un 0,01% mensual. En otras palabras, el PNAC es progresivo en términos de su impacto en el ingreso mensual de los hogares.

³⁰ World Report on Child Injury Prevention. Edited by Margie Peden, Kayode Oyegbite et als. World Health Organization / UNICEF. 2008. ISBN 978 92 1563574.

³¹ En efecto, a mediados de los años 90 las tasas de sobrepeso y obesidad en menores de 2 años alcanzaban a 17,4 y 5,7 por 100 y en 2 a 5 años a 14,9 y 5,9, respectivamente, cifras que en 2006 fueron de 13,9 y 4,1 en menores de 2 años y de 16,1 y 8,6 en el grupo de 2 a 5 años. Tendencia similar se observó en embarazadas, en las que el bajo peso disminuyó de 16,4 en 1994 a 7,7 en 2006, en tanto el sobrepeso aumentó de 22,6 en 1994 a 31,6 en 2006 y a 33,1 en 2012; la obesidad se modificó de 26,4 (1994) a 19,4 (2006) y a 24,7 en 2012.

³² Encuesta CASEN 2009", Ministerio de Desarrollo Social.

Cuadro 8.
Ingreso Autónomo del Hogar e Ingreso Promedio Mensual del Hogar por concepto del PNAC,
según decil de ingreso autónomo per cápita del hogar, 2009, (\$ 2009)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
PNAC	1.152	1.176	984	822	615	699	434	465	343	409
IAH	64.361	197.479	273.493	341.200	407.923	518.966	625.524	819.098	1.149.137	2.958.175
%	1,79%	0,60%	0,36%	0,24%	0,15%	0,13%	0,07%	0,06%	0,03%	0,01%

Fuente: Elaboración propia en base a la información de "Metodología de Valorización de Subsidios Monetarios, en Educación y en Salud, e Impacto Distributivo del Gasto Social, Versión Preliminar, Encuesta CASEN 2009", Ministerio de Desarrollo Social.

DESEMPEÑO DEL PROGRAMA

1. DISEÑO Y GESTIÓN

Diseño

En el caso del PNAC, los recursos financieros asignados para su ejecución al Ministerio de Salud son traspasados a la CENABAST, a través del Convenio de Colaboración del 18 de junio de 2009 y según las reglas de pago y sanciones establecidas en las bases de licitación de los distintos productos contemplados en el Programa. Si bien el Convenio establece los procedimientos administrativos para garantizar las interrelaciones operativas entre el MINSAL y el CENABAST³³, no contempla, al menos de forma expresa, el seguimiento y control hasta la entrega en los establecimientos de los distintos productos contemplados en el Programa. Adicional a esto, el Programa requiere fortalecer en los centros de atención primaria, el registro informático y el seguimiento de variables como el retiro de los productos por parte de los beneficiarios.

Se evidencia la ausencia de actividades destinadas a retroalimentar y mejorar permanentemente la gestión del Programa, tales como: definición e implementación de políticas de coordinación entre las distintas instituciones participantes (MINSAL, CENABAST, SEREMI, establecimientos de APS); ejecución, control y evaluación de las instancias de coordinación entre las distintas instancias participantes³⁴; monitoreo y seguimiento de los procesos a cargo de las distintas instituciones participantes del PNAC; y evaluación periódica del programa y sus resultados (por ejemplo: investigaciones de impacto, estudio de aceptabilidad de sus distintos productos, análisis de mercado nacional e internacional para los precios corrientes y futuros de sus distintos productos, etc.). La falta de estas actividades, si bien es un problema del diseño del programa, también requiere, para su implementación, del fortalecimiento de los sistemas de información³⁵ y del recurso humano del Programa que en el escenario actual pueden resultar insuficientes para la realización de las actividades que se proponen³⁶.

Se identifica la necesidad de estudiar la incorporación de actividades o subprograma orientado a la población con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, similar a los que existen para usuarios con mal

³³ El convenio incorpora, entre otros temas, la comisión de intermediación de la CENABAST, los servicios que debe proporcionar la CENABAST al MINSAL, las obligaciones del MINSAL con la CENABAST, las multas, el procedimiento en el caso que el proveedor no cumpla con su respectivo contrato de entrega y su duración.

³⁴ Por ejemplo, no existen actas ni evidencia formal de reuniones de coordinación periódicas entre las distintas instituciones participantes del Programa.

³⁵ Se requiere fortalecer los registros, como por ejemplo la trazabilidad de los productos desde su compra hasta su consumo, control de inventarios, mermas y pérdidas de productos.

³⁶ El número de personas que participan directamente en la gestión directiva del Programa se traduce en 4 jornadas efectivas.

nutrición por déficit y para portadores de enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo. Ello parece más importante en la actualidad, dado que la población con malnutrición por exceso representa un porcentaje muy alto de su población objetivo.

Un aspecto importante de considerar es el manejo presupuestario (ejecución) del PNAC y su relación con las posibles demoras en los procesos de facturación y pago de la CENABAST. En efecto, su gestión financiera puede afectar la ejecución presupuestaria del programa a través de los procesos en comento. El cuadro siguiente presenta la llamada “deuda cliente”, deuda del Ministerio de Salud (Subsecretaría de Salud Pública) con CENABAST, y “deuda proveedores” que es la de CENABAST con los proveedores³⁷. La relación entre la “deuda cliente” y “deuda proveedores” podría ser un indicativo de retrasos en el pago de facturas (desde el MINSAL a la CENABAST) o retrasos en el proceso de facturación (desde la CENABAST al MINSAL), según estas cifras, se sospecha que el problema que se da con mayor frecuencia entre el 2010 y el 2011 es el retraso en el pago de facturas a CENABAST; sin embargo a partir del 2012 el problema estaría en los retrasos de facturación de la CENABAST³⁸.

Cuadro 4. Relación de deudas Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL / CENABAST / Proveedores
Cifras en millones de pesos de diciembre de 2012

Ítem	2010				2011				2012			
	Marzo	Junio	Sept.	Dic.	Marzo	Junio	Sept.	Dic.	Marzo	Junio	Sept.	Dic.
Deuda MINSAL con CENABAST (a)	4.015	7.051	6.837	6.513	10.207	5.841	4.873	7.120	5.472	3.531	6.402	20
Deuda de CENABAST con Proveedores (b)	9.858	7.942	6.285	7.186	8.563	5.345	5.904	6.721	7.139	6.084	11.261	7.784
Relación ((a)/(b))	40,70%	88,80%	108,80%	90,60%	119,20%	109,30%	82,50%	105,90%	76,60%	58,00%	56,80%	0,30%

Fuente: CENABAST

2. EFICACIA Y CALIDAD

2.1. A nivel de resultados intermedios y finales: evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin

La eficacia del Programa se mide en términos de su contribución a la disminución de la prevalencia de la malnutrición por déficit como indicador relevante y luego de la malnutrición por exceso y la mantención o aumento de la prevalencia de estado nutritivo normal³⁹.

Las metas del programa en cuanto a la malnutrición por déficit están siendo cumplidas. Los “Objetivos Sanitarios de la Década” del Ministerio de Salud consideran metas para los indicadores de malnutrición

³⁷ Por bases de licitación, el plazo de pago de las facturas es de 60 días desde su presentación.

³⁸ La explicación de la CENABAST para la disminución de la relación entre las deudas, es el aumento en el plazo otorgado a los proveedores para emitir las facturas (incrementando la deuda de la Institución) conjuntamente con el pago efectuado del monto total de su deuda por parte del MINSAL.

³⁹ El estado nutricional en el menor de 6 años se clasifica en: “normal” si se ubica entre el promedio y más o menos 1 desviación estándar (DE) del patrón de Referencia OMS; “riesgo desnutrir” si se ubica entre menos 1 y menos 2 DE del promedio del patrón de referencia OMS; “desnutrido” si se ubica bajo 2 DE del promedio del patrón de referencia; sobrepeso si se ubica entre más 1 y más 2 DE y obeso si se ubica más de 2 DE del promedio del patrón de referencia OMS. En las embarazadas y nodrizas el estado nutricional por déficit se clasifica en “bajo peso”, “normal”, “sobrepeso” u “obesidad” según Índice de Masa Corporal (IMC) corregido por edad gestacional. (Bajo peso IMC menor a 18,5; normal IMC 18,5 a 24,9; sobrepeso IMC 25 a 29,9; obesidad IMC igual o mayor a 30).

por exceso, que están lejos de ser alcanzadas y que ameritan una mirada nueva al diseño del PNAC, aunque no es el único con objetivos de control de la malnutrición por exceso. En los años de existencia del programa, la prevalencia de desnutrición materna disminuyó de 25,7% a 7,5%⁴⁰, la de desnutrición infantil de 7,4% a 0,36% y el riesgo de desnutrir de 3,4% a 2,4%⁴¹. Parte de este resultado es atribuible a la creación, en 1978, del “PNAC focalizado”, con 2 categorías de asistencia materno-infantil, madres y niños con estado nutricional normal y madres y niños/as con riesgo de desnutrir y desnutridos⁴².

El cuadro siguiente muestra la eficacia del programa a través del indicador de estado nutricional para el período en evaluación. Cabe comentar que para analizar la evolución de la prevalencia de estado nutricional debe tenerse presente que las variaciones de indicadores de salud epidemiológicos requieren períodos más largos que 4 años para poder evaluar su significación.

Cuadro 10.
Estado Nutricional Según Grupo Programático 2009-2012, Tasas por 100

ESTADO NUTRICIONAL	2009	2010	2011	2012	Variación % 2009-2012
Total Menores 6 años					
Riesgo	2,4	2,5	2,4	2,4	0
Desnutrido	0,36	0,3	0,3	0,36	0
Sobrepeso	22,4	22,6	23,2	23,5	4,9
Obeso	9,4	9,6	9,8	10,2	8,5
Normal	65,4	64,8	64,2	63,2	-3,4
0 a 2 ms					
Riesgo	3,4	3,4	3,8	4,4	29,4
Desnutrido	1,1	0,8	0,9	1,1	0
Sobrepeso	11,1	10,6	11,5	15,1	36
Obeso	2,7	2,9	2,8	3,8	40,7
Normal	85,0	80,4	80,8	75,6	-11,1
3 a 5 ms					
Riesgo	4,5	4,7	4,3	4,7	4,4
Desnutrido	1,0	0,9	0,7	0,8	-20
Sobrepeso	19,5	19,6	19,9	20,9	7,2
Obeso	6,1	6,2	6,3	6,2	1,6
Normal	68,9	68,6	68,7	67,3	2,3
6-11 meses					
Riesgo	4,7	5,0	4,5	4,4	-6,3
Desnutrido	0,8	0,7	0,7	0,7	-12,5
Sobrepeso	22,8	23,4	23,7	24,1	5,7
Obeso	8,2	8,2	8,1	8,3	1,2
Normal	63,5	62,7	63,0	62,4	-1,7
12-17 meses					
Riesgo	2,7	2,8	2,7	2,7	0
Desnutrido	0,3	0,3	0,3	0,3	0
Sobrepeso	25,2	25,2	25,7	25,8	2,4
Obeso	9,0	9,0	8,8	9,3	3,3
Normal	62,7	62,7	62,4	61,9	-1,3
18-23 meses					
Riesgo	2,2	2,3	2,3	2,1	-4,5
Desnutrido	0,3	0,3	0,3	0,3	0
Sobrepeso	25,1	25,4	25,6	26,3	4,8
Obeso	8,6	8,6	8,8	9,0	4,6
Normal	63,8	63,4	8,2	62,3	-2,3
24-47 meses					

⁴⁰ La disminución de la desnutrición materna se asocia a la disminución del bajo peso al nacer, predictor de la morbilidad infantil, que ha disminuido de 12% en 1975 a 5% en los últimos años.

⁴¹ Ministerio de Salud: DEIS, PNAC.

⁴² A esta segunda categoría se les entregaba mayor cantidad de alimentos (leche y mezclas proteicas), además de arroz (que luego fue reemplazado) para el consumo familiar y de las madres enflaquecidas.

ESTADO NUTRICIONAL	2009	2010	2011	2012	Variación % 2009-2012
Riesgo	2,0	2,0	2,0	2,1	5
Desnutrido	0,2	0,2	0,2	0,3	50
Sobrepeso	22,8	22,9	23,7	23,5	3
Obeso	8,9	9,1	9,4	9,6	7,9
Normal	66,1	65,7	64,6	64,5	2,4
48-71 meses					
Riesgo	1,7	1,8	1,8	1,9	11,8
Desnutrido	0,2	0,2	0,2	0,2	0
Sobrepeso	22,2	22,3	22,9	23,1	4
Obeso	12,0	12,6	12,9	13,9	15,8
Normal	63,8	63,0	62,2	61,0	4,4
Gestante					
Normal	40,2	38,6	37,6	36,5	-9,2
Bajo peso	7,0	6,4	6,2	5,7	-18,6
Sobrepeso	32,0	32,7	33,2	33,1	3,4
Obesa	20,9	22,3	22,9	24,7	18,2
Nodrizas					
Normal	39,0	38,7	36,2	35,7	-9,2
Bajo peso	4,1	3,7	3,4	3,2	-22
Sobrepeso	33,4	33,9	34,7	34,5	3,3
Obesa	22,2	23,8	25,7	26,6	19,8

Fuente: DEIS, PNAC. Ministerio de Salud

En el período 2009-2012 se observa que, en el caso de la población de **menores de 6 años**, no se presentan variaciones en las categorías riesgo de desnutrir y desnutrición, en tanto las categorías sobrepeso y obesidad aumentan 4,9% y 8,5% en desmedro del estado nutricional normal que disminuye 3,4%.

Si se analizan las cifras de menores de 6 años según subgrupos destaca que entre 0 a 11 meses las prevalencias de riesgo de desnutrir se mueven entre 4 y 5% a diferencia del grupo de mayores de 12 meses que presenta cifras máximas de 2,7%. La cifra de desnutrición más alta (1,1%) se observa en el menor de 2 meses, disminuyendo sistemáticamente a medida que aumenta la edad. Las variaciones en el período son poco significativas dadas las cifras bajas de prevalencia. El sobrepeso y obesidad incrementan en todos los grupos. En los menores de 1 año, cuando el niño se alimenta con leche materna (exclusiva o parcial) ello tiene menor impacto en la obesidad futura, a diferencia de lo que sucede en el mayor de 1 año cuando sobrepeso y obesidad pueden tender a perpetuarse y donde las tasas y los incrementos porcentuales son mayores.

En el caso de las **embarazadas**, destaca la reducción en 18,6% de la condición bajo peso, hecho positivo que se asocia a menor riesgo de bajo peso de nacimiento en el hijo. Sin embargo, también destaca un aumento de 18,2% de obesas y 3,4% de sobrepeso, a expensas del estado nutricional normal que baja en 8,5%. En las **nodrizas** también destaca la disminución de 22% en el bajo peso, con incremento de sobrepeso y obesidad de 3,3 y 19,8% y disminución de 8,5% de normalidad nutricional. El sobrepeso y obesidad en embarazadas y nodrizas constituyen un reflejo del nivel de estos trastornos nutricionales en el país y que afecta, también, a mujeres que no están en edad reproductiva y a varones.

En síntesis, el Programa ha sido eficaz en el control de la malnutrición por déficit, pero es insuficiente en mantener bajo control los trastornos nutricionales por exceso que durante el período evaluativo han aumentado.

Cabe agregar que entre las contribuciones del PNAC a los logros en salud en Chile, destaca su efecto en promover y lograr adhesividad a otros programas de salud, particularmente el control de salud de niños menores de 6 años, embarazadas y nodrizas y, recientemente, prematuros extremos y menores de 18

años con enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo, lo cual ha sido señalado en documentos del Ministerio de salud⁴³.

2.2. Resultados a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)

A nivel de componente, el PNAC distribuye entre sus beneficiarios efectivos un gran volumen de productos información que se presenta en cuadro siguiente expresada en kilos de alimentos, según tipo de alimento y según lugar de la atención (atendidos en sistema público de salud o no atendidos en éste),

Cuadro 11.1
Programa Nacional de Alimentación Complementaria:
Miles de Kilos distribuidos a beneficiarios, acumulado a diciembre de cada año,
según tipo de alimento

Tipo de Alimento	Atendidos en Sistema Público de Salud					No Atendidos en Sistema Público de Salud					TOTAL				
	2009	2010	2011	2012	Var 2009-2012	2009	2010	2011	2012	Var 2009-2012	2009	2010	2011	2012	Var 2009-2012
Leche Purita Fortificada	4.343	4.251	4.105	3.890	-10,4%	848	710	652	559	-34,0%	5.191	4.961	4.757	4.449	-14,3%
Leche Purita Cereal	7.524	7.398	7.301	7.095	-5,7%	930	859	780	653	-29,8%	8.454	8.257	8.081	7.748	-8,4%
Mi Sopita	316	326	313	302	-4,4%	10	9	9	8	-14,0%	326	335	322	310	-4,9%
Purita Mamá	2.323	2.176	1.882	1.741	-25,1%	171	109	84	60	-65,1%	2.494	2.285	1.966	1.801	-27,8%
Total	14.506	14.151	13.602	13.028	-10,2%	1.959	1.687	1.525	1.281	-34,6%	16.465	15.838	15.127	14.309	-13,1%

Fuente DEIS, PNAC, MINSAL

A partir del cuadro anterior, se observa un descenso de 13,1% en el volumen total de productos entregados en el período 2009 al 2012. Sin embargo, éste no es igual entre los que se atienden y los que no se atienden en el sistema público de salud. En efecto, entre los primeros el descenso es de un 10,2%, en tanto entre los que no se atienden en éste el descenso es de un 34,6%. Al analizar por tipo de productos, se tiene que la tendencia a disminuir es generalizada, particularmente llama la atención el descenso de 27,8% en la Purita Mamá, descenso que alcanza a 25,1 % en quienes se atienden en el sistema público y a 65,1 en quienes no se atienden en éste. Una explicación podría estar en las características organolépticas⁴⁴ del producto que en opinión de expertos entrevistados e información de prensa⁴⁵ “Purita mamá no es de gusto masivo y así lo han hecho saber mujeres que se controlan en recintos de la red, mediante reparos al sabor, la consistencia e incluso al olor del suplemento”.

La hipótesis de trabajo del Panel para explicar estas disminuciones, especialmente para los productos que se entregan a los niños (un 86% del total), es el crecimiento del PIB en el período, lo que se refleja en que para las mujeres en el trimestre enero-marzo de 2013 comparado con igual trimestre de 2010, se tenga un aumento en la tasa de participación laboral femenina desde un 44,3% a un 47,6% y una disminución en la tasa de desempleo femenina desde un 10,8% a un 7,5%. Esto implica que, por una parte, las familias disponen de mayores ingresos porque disponen de recursos propios para comprar los productos del PNAC y, por otro lado, el costo alternativo de las mujeres para retirar los productos es mayor, tanto para aquéllas que se atienden en el sistema público como para las que no lo hacen. Esto podría implicar que, para períodos con ciclos económicos positivos asociados a mayor participación de la mujer en la fuerza de

⁴³ La leche y los programas alimentarios PNAC – PACAM. Departamento de Alimentos y Nutrición, División de Políticas Públicas saludables y promoción. Ministerio de salud de Chile.

⁴⁴ Adj. Dicho de una propiedad de un cuerpo: Que se puede percibir por los sentidos. Diccionario R.A.E. 22ª edición.

⁴⁵ Diario La Tercera, sábado 8 de junio de 2013.

trabajo, el Programa debería implementar medidas para disminuir los costos de transacción de las mujeres para acceder a sus distintos productos.

Cuadro 11.2
Programa Nacional de Alimentación Complementaria:
Miles de Kilos distribuidos a beneficiarios prematuros, acumulado a diciembre de cada año,
según tipo de alimento

Tipo de Alimento	Atendidos en Sistema Público de Salud					No Atendidos en Sistema Público de Salud					TOTAL				
	2009	2010	2011	2012	Variación % 2009-2012	2009	2010	2011	2012	Variación % 2009-2012	2009	2010	2011	2012	Variación % 2009-2012
Leche de Inicio para Prematuros	55,33	54,60	55,12	56,63	2,3%	3,85	3,85	4,20	3,35	-13,0%	59,18	58,45	59,32	59,98	1,3%
Leche de Continuación para Prematuros	23,10	21,73	21,55	20,76	-10,1%	1,55	1,77	1,59	1,99	28,3%	24,66	23,50	23,14	22,75	-7,7%
Leche Purita Fortificada	15,21	15,01	18,26	26,75	75,8%	0,59	0,88	0,90	0,72	23,6%	15,80	15,89	19,16	27,47	73,9%
Mi Sopita ⁴⁶	0,00	0,00	2,62	2,83	7,9%	0,00	0,00	0,06	0,06	16,4%	0,00	0,00	2,68	2,89	8,1%
Total	93,65	91,34	97,55	106,96	14,2%	5,99	6,50	6,75	6,13	2,3%	99,64	97,84	104,29	113,09	13,5%

Fuente: DEIS, PNAC, MINSAL

2.3. Cobertura y focalización del programa.

En el siguiente cuadro se observa un descenso sistemático del número de beneficiarios efectivos, con una caída de 14%, que varía entre 20,8% en los menores de 6 meses y 4,7% entre los prematuros. Para el grupo materno se observa un descenso de 22,5% entre las embarazadas y de 29,1% en las nodrizas, el mayor descenso de todos; en ambas, parte del descenso se explicaría por la caída de la natalidad⁴⁷.

Con respecto a los beneficiarios EIM, aun cuando el número de beneficiarios efectivos es pequeño, se observa un incremento de 18,2% para fenilquetonúricos, en el período evaluado. Para las otras EIM, de reciente incorporación, sólo se dispuso de datos 2012, por lo que no hay análisis evolutivo.

Cuadro 12.
N° de Beneficiarios Efectivos Años 2009-2012

Beneficiarios Efectivos	2009	2010	2011	2012	% Variación 2009-2012
0-5 meses	27.907	25.292	25.014	22.095	-20,8%
6-11 meses	93.278	88.813	85.921	81.751	-12,4%
12-17 meses	94.420	90.906	86.125	83.553	-11,5%
18-23 meses	82.477	79.313	76.505	73.703	-10,6%
24-47 meses	184.848	182.336	179.748	172.609	-6,6%
48-71 meses	151.324	146.560	143.860	141.083	-6,8%
Prematuros	2.558	4.101	2.169	2.437	-4,7%

⁴⁶ En el caso de este producto la variación porcentual corresponde al período 2011-2012.

⁴⁷ En el año 2000 los nacidos vivos (NV) alcanzaban a 261.993, cifra que se reduce a 251.199 en el año 2010 (caída de un 4,9%).

Beneficiarios Efectivos	2009	2010	2011	2012	% Variación 2009-2012
Gestante	82.167	74.933	68.793	63.688	-22,5%
Nodrizas	62.501	53.847	48.674	44.336	-29,1%
Menores 18 años y embarazadas PKU ⁴⁸	165	174	185	195	18,2%
EIM no PKU ⁴⁹				60	-
Total⁵⁰	781.645	746.275	716.994	685.510	-12,3%

Fuente: DEIS, PNAC, Ministerio de Salud

Para explicar la disminución del número de beneficiarios efectivos, por una parte, se reitera la hipótesis de trabajo asociada al impacto del crecimiento del producto interno bruto (PIB) entre los años 2009 y 2012⁵¹, si bien esta relación debería ser analizada para un período de tiempo más largo, tal que se pueda verificar una relación de causalidad al respecto. En caso de encontrarse dicha relación, podría significar la necesidad de implementar alternativas distintas, de distribución que posibiliten un aumento de cobertura, tal que se disminuyan los costos de transacción de las mujeres para retirar los productos del PNAC y, de esta forma, disminuir los riesgos de deteriorar el estado nutricional de los niños beneficiarios del Programa. Por otra parte, el mayor ingreso de las familias, asociado al mayor crecimiento, impacta positivamente en su probabilidad de comprar los productos por su propia cuenta o sustituirlos por otros⁵².

El cuadro siguiente muestra las variaciones en las coberturas y beneficiarios efectivos entre 2009 y 2012.

Cuadro 13.
Variación de Cobertura Años 2009 y 2012

Grupos de Población	Población Potencial y Objetivo (1)			Beneficiarios Efectivos (2)			Cobertura (3) = (2)/(1)		
	2009	2012	Variación	2009	2012	Variación	2009	2012	Variación
Niños menores de 6 años	829.999	834.594	0,6%	634.254	574.794	-9,4%	76,4%	68,9%	-9,9%
Prematuros	7.863	8.765	11,5%	2.558	2.437	-4,7%	32,5%	27,8%	-14,5%
Gestante	101.561	97.804	-3,7%	82.167	63.688	-22,5%	80,9%	65,1%	-19,5%
Nodrizas	109.797	99.900	-9,0%	62.501	44.336	-29,1%	56,9%	44,4%	-22,0%
EIM ⁵³	180	180	0,0%	165	195	18,2%	91,7%	108,3%	18,2%
Total	1.049.400	1.041.243	-0,8%	781.645	685.450	-12,3%	74,5%	65,8%	-11,6%

Fuente: DEIS, Ministerio de Salud

Se observa una disminución de la población potencial y objetivo de 0,8% en el período. Si se analizan los beneficiarios efectivos, para el total hay una disminución 12,3%. Para todas las categorías de beneficiarios, con excepción de los portadores de EIM, hay disminución de beneficiarios efectivos.

⁴⁸ Las embarazadas PKU en el período en análisis son 0, 1, 2 y 0, respectivamente.

⁴⁹ Orina con olor a jarabe de arce, acidemias metilmalónicas, propiónicas e isovalérica y citrulinemia, incorporadas al programa en el 2012, por lo cual no hay un análisis evolutivo.

⁵⁰ Estos totales fueron calculados por el panel y corresponden a la suma de las poblaciones de cada uno de los grupos programáticos.

⁵¹ Elaboración propia en base a data del Banco central, PIB real trimestral.

⁵² Los potenciales impacto del aumento del post natal a 6 meses, desde octubre de 2011, en la lactancia materna y en el consumo de leche por niños menores de 6 años se verán con el transcurso de los años y, por dicha razón no son considerados en el análisis.

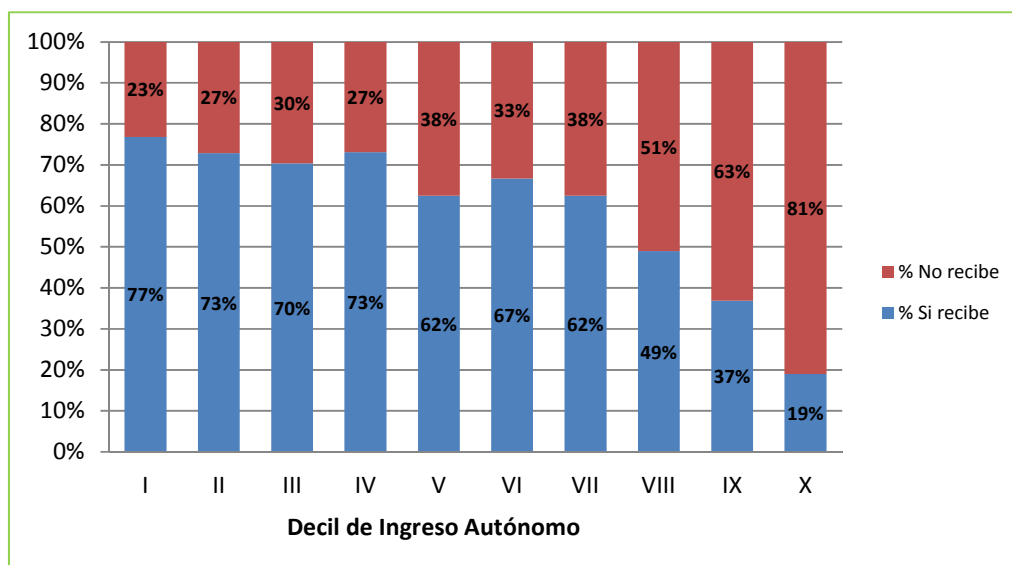
⁵³ La población objetivo y potencial se calculó aplicando a los nacidos vivos del año las tasas de incidencia al nacer de las EIM, lo que entrega los casos nuevos anuales. Sin embargo, la prevalencia de cada año suma los acumulados de, al menos, los 4 años anteriores.

La cobertura de beneficiarios efectivos totales respecto de la población potencial y objetivo disminuye en 11,6% entre 2009 y 2012. Todos los grupos poblacionales disminuyen, especialmente las nodrizas (22%). Para los portadores de EIM, los beneficiarios efectivos aumentan 18,2%. y se estudia la incorporación al programa de pesquisa neonatal de otras EIM a fin de entregar los productos específicos precozmente para prevenir las complicaciones de estas condiciones cuando no se eliminan de la dieta los aminoácidos cuyas vías metabólicas se encuentran alteradas.^{54 55 56 57 58}

Respecto a las razones de la disminución en la cobertura del Programa, reiteramos nuestra hipótesis de trabajo asociada al impacto del crecimiento del PIB en el ingreso de las familias así como en el costo alternativo de las mujeres para retirar los productos.

La Encuesta CASEN del año 2011 nos entrega información complementaria acerca de la población que recibe productos del PNAC según decil de ingreso autónomo, lo que se muestra en la siguiente figura.

Figura 2
Cobertura PNAC según decil de ingreso autónomo, Encuesta CASEN 2011



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social

Se observa que los deciles más bajos tienen las más altas coberturas, entre 70 y 77% para los primeros 4 deciles y bajo 50% en los 3 últimos deciles, con una variación de 77% para el primer decil y 19% para el décimo. Ello muestra que, a pesar de la universalidad del PNAC, se produce una autoselección de beneficiarios.

En el mismo sentido, la figura 3 muestra que, de los productos entregados por el Programa, el 17, 19 y 16% van a los 3 primeros deciles, en tanto sólo el 1% se entrega al décimo decil.

⁵⁴ Programa de ampliación para la pesquisa neonatal de 8 errores innatos del metabolismo e hipotiroidismo congénito. Prof. V. Cornejo, Dr. JF Cabello, Dra. M. Colombo y Dra. E. Raimann, 2012.

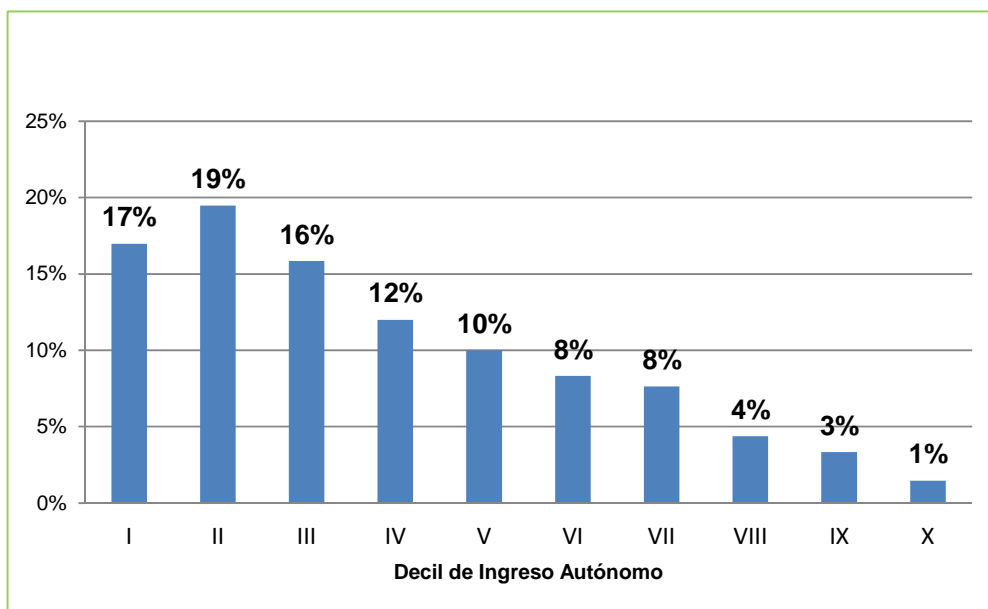
⁵⁵ Diagnóstico de errores innatos del metabolismo. Erna Raimann B. Rev Chilena Pediatr 2008; 79 Supl: 92-95.

⁵⁶ Modelo chileno de seguimiento a largo plazo para fenilketonuria (PKU). Acta Pediatr Mex 2012;33(6):301-307.

⁵⁷ Fenilketonuria de diagnóstico neonatal y lactancia materna. Verónica Cornejo E, Viviana Manríquez, Marta Colombo; Paulina Mabe et als: Re. Med Chile 2003; 131: 1280-1287.

⁵⁸ Mi hijo tiene enfermedad de la orina olor jarabe de arce (EOJA). Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile.

Figura 3
Distribución cobertura PNAC por decil de ingresos autónomo, Encuesta CASEN 2011



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social

2.4. Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar)

El programa cumple estándares de calidad internacional. Para la evaluación del estado nutricional se usan indicadores de alta sensibilidad que se comparan con curvas patrón recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, el PNAC no explora la satisfacción de los usuarios y los estudios de aceptabilidad se realizan antes de su incorporación al programa, pero no se hace seguimiento de ésta en el tiempo.

En la información precedente, no se analizaron todos los indicadores de la MML, porque no se dispuso de datos. Sin embargo, el programa está planificando el desarrollo de estudios, en temas como satisfacción usuaria, aceptabilidad de productos según características organolépticas, entre otros.

3. ECONOMÍA

A continuación se presenta la información sobre economía del Programa. La sección ha sido elaborada con información proporcionada por la DAF y la Unidad Ejecutora del Programa en la Subsecretaría de salud Pública.

3.1. Fuentes y uso de recursos financieros

El presupuesto del PNAC representa una parte importante del presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública (SSP). Sin embargo, su importancia relativa ha disminuido en el período evaluado, desde 26% el

año 2009 a 14% el 2013. Esta caída no se debe a una disminución del presupuesto del programa que, en efecto, ha aumentado en 20% en términos reales, sino que responde a un aumento proporcionalmente mayor del presupuesto de la SSP, que más que se ha duplicado (variación de 116%) en el mismo período. Tampoco se debe a una pérdida de importancia de éste frente a los otros programas de la SSP (PAI y PACAM), sino que se debe a un aumento en el subtítulo 23 “Prestaciones de Seguridad Social”.

En el cuadro siguiente, se observa que la mayor parte del financiamiento del PNAC (90% el año 2013) proviene de una asignación específica al programa en el subtítulo 24 Transferencias Corrientes, de la Partida 16, Capítulo 09, Programa 01 “Subsecretaría de Salud Pública”.

Cuadro 14.
Fuentes de Financiamiento del programa 2008-2012 (Miles de \$ 2013)

Fuentes de Financiamiento	2009		2010		2011		2012		2013		Variación 2009 - 2013
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Presupuestarias ⁵⁹	45.023.581	100	44.876.460	100	52.604.402	100	52.325.825	100	52.417.609	100	16
1.1. Asignación específica al programa	39.138.800	87	39.153.773	87	47.044.745	89	46.947.637	90	46.947.637	90	20
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 ⁶⁰)	787.960	2	843.415	2	880.421	2	919.634	2	1.011.417	2	28
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas ⁶¹	5.096.821	11	4.879.272	11	4.679.236	9	4.458.555	9	4.458.555	9	-13
2. Extrapresupuestarias ⁶²	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	45.023.581	100	44.876.460	100	52.604.402	100	52.325.825	100	52.417.609	100	16

Fuente: DAF MINSAL

Le sigue en importancia, pero muy lejos, el aporte de otras instituciones públicas, en especial de los 1.834 establecimientos que constituyen los puntos de entrega de los alimentos del Programa a los usuarios finales. En efecto, existen funciones vinculadas al PNAC en otras dependencias públicas (ver anexo 3), las cuales no están identificadas en los presupuestos iniciales del Ministerio y tampoco es posible cuantificar contablemente los gastos asociados a ellas. No existen estimaciones de la magnitud de estos aportes. Sin embargo de las entrevistas realizadas en el desarrollo de la presente evaluación se conoce que corresponden principalmente a gastos en personal y que pueden ser estimados en base a los niveles de producción. Específicamente, usando una estimación del valor hora de nutricionistas y auxiliares paramédicos se han estimado estos gastos para los establecimientos de atención primaria (EAPS), que es

⁵⁹ Las Fuentes Presupuestarias corresponden al presupuesto asignado en la Ley de Presupuestos aprobada anualmente por el Congreso Nacional.

⁶⁰ Son los recursos financieros aportados al Programa por la institución responsable del mismo y que están consignados en la Ley de Presupuestos en los subtítulos 21 “Gastos en Personal”, 22 “Bienes y Servicios de Consumo”.

⁶¹ Los aportes en presupuesto de otras instituciones públicas: son los recursos financieros incorporados en el presupuesto de otros organismos públicos (Ministerios, Servicios y otros), diferentes al responsable del programa. En este caso corresponden a una estimación de los recursos gastados por los establecimientos de la APS para financiar la entrega de los alimentos.

⁶² Las Fuentes Extrapresupuestarias corresponden a los recursos financieros que no provienen del Presupuesto del Sector Público.

donde se ejecuta la entrega de los alimentos a los usuarios finales y que es donde se concentraría la mayor parte de estos gastos⁶³. Esta fuente ha representado entre el 9% y el 11% del financiamiento del Programa en el período evaluado.

La importancia relativa de los subtítulos 21 y 22 de la SSP en el presupuesto total del programa es mínima. Debido a que la SSP no dispone de información de presupuesto en personal y bienes y servicios de consumo para el programa, el Cuadro 14 muestra en esta categoría una estimación realizada en base al presupuesto de la SSP en estos ítems y la dotación de personal del programa como proporción de la dotación total de la SSP (la cual podría sobreestimar el valor real, dado que los funcionarios de esta unidad no solo se dedican al PNAC). Según esta estimación, estos recursos representarían el 2% del presupuesto del programa.

El gasto total del programa se presenta a continuación:

**Cuadro 15.
Gasto Total del programa 2009-2012 (Miles de \$ 2013)**

Año	Gasto Devengado (b)	Otros Gastos	Total Gasto del programa
2009	45.324.611	5.096.821	\$ 50.421.432
2010	48.725.951	4.879.272	\$ 53.605.223
2011	39.438.462	4.679.236	\$ 44.117.698
2012	43.696.149	4.458.555	\$ 48.154.704
Variación 2009-2012	-3.6%	-12,5%	-4,5%

Fuente: DAF MINSAL

No obstante el aumento experimentado por el presupuesto del programa en el período evaluado, en el cuadro anterior se puede ver que el gasto total del programa se ha reducido en un 4,5% en el mismo período. Esta disminución obedece principalmente a una reducción del gasto devengado de la institución responsable del programa, debido a la reducción en la facturación de Leche Purita Cereal y Bebida Láctea Purita Mamá, dos de los productos más importantes del programa en términos de facturación (43,3% y 16,4% respectivamente en 2012). Efectivamente, entre 2009 y 2012, la facturación en estos dos productos se ha reducido en 18% y 25% respectivamente, caídas que han más que compensado el aumento en facturación (4%) de la Leche Fortificada (segundo producto en importancia en cuanto a facturación, con el 35% el año 2012) en igual período, lo que se muestra en Anexo Complementario.

El cuadro siguiente muestra la evolución del gasto devengado de la SSP para el programa, desglosado en gastos en personal, bienes y servicios de consumo, inversión y transferencias corrientes, para los años 2009 al 2012. En este cuadro puede verse que la reducción del gasto devengado del programa se debe a una reducción en el gasto financiado con transferencias corrientes de la SSP, que ha caído un 3,8% en el período evaluado, pasando de \$44.351 millones el año 2009 a \$42.686 millones el año 2012. En todo el período evaluado, alrededor del 99% de los gastos devengados por la SSP en relación con el PNAC,

⁶³ De acuerdo al manual de programas alimentarios, los establecimientos de la Atención Primaria de Salud (APS) asignan horas de nutricionistas y de auxiliares paramédicos al PNAC de acuerdo a la siguiente regla:

Nutricionista: de acuerdo a población inscrita (PI):

PI < 20.000: 1 hora semanal para supervisión

20.000 < PI < 35.000: 1,5 horas semanales para supervisión

PI > 35.000: 2 horas semanales para supervisión

Auxiliares paramédicos: 1 hora por cada 25 kg entregados.

De acuerdo a estimaciones de la Unidad Ejecutora del Programa, el sueldo bruto promedio de los nutricionistas es de \$ 850.000 mensuales, mientras que para los auxiliares paramédicos asciende a \$350.000. Usando esta información, las reglas de asignación de horas y los datos de población atendida y kilogramos de productos distribuidos por año, el panel ha estimado la magnitud de estos aportes, los que se muestran en el ítem 1.3 del Cuadro 14 (metodología en anexo 5).

corresponden a transferencias corrientes a CENABAST para la compra y distribución de los productos que entrega el Programa.

Cuadro 16.
Desglose del Gasto Devengado⁶⁴ en Personal,
Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros 2009-2012
(Miles de \$ 2013)

	2009		2010		2011		2012		Var. 2009- 2012
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Personal	644.245	1,4	122.916	0,3	118.228	0,3	694.359	1,6	7,8%
2. Bienes y Servicios de Consumo	329.529	0,7	140.164	0,3	119.617	0,3	316.138	0,7	-4,1%
3. Inversión	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
4. Transferencias corrientes	44.350.837	97,9	48.462.871	99,5	39.200.617	99,4	42.685.652	97,7	-3,8%
Total Gasto Devengado	45.324.611	100,0	48.725.951	100,0	39.438.462	100,0	43.696.149	100,0	-3,6%

Fuente: DAF MINSAL

El cuadro siguiente muestra la evolución del gasto de producción del único componente del programa, que corresponde a la suma de los gastos de los recursos identificados en el subtítulo 24 del presupuesto de la SSP, para la adquisición de alimentos y su distribución hasta los establecimientos de APS, más los gastos en personal incurridos por estos establecimientos en la entrega de los alimentos a los usuarios finales, los cuales corresponden a las horas valorizadas de nutricionistas y auxiliares paramédicos y que fueron estimados en base a población atendida y volumen de alimentos entregados, según se explicó precedentemente (ver metodología en Anexo 5).

Cuadro 17.
Gasto Total⁶⁵ por Componente 2009-2012
(Miles de \$ 2013)

	2009		2010		2011		2012		Variación 2009-2012
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
Componente	49.854.933	100	53.086.276	100	43.620.873	100	47.653.757	100	-4,4%
Total	49.854.933	100	53.086.276	100	43.620.873	100	47.653.757	100	-4,4%

Fuente: DAF MINSAL

Los gastos en Producción del componente del Programa se han reducido en 4,4% en el período evaluado, consistentemente con la reducción de las transferencias, lo que también se explica por la reducción de la facturación de los principales productos entregados por el programa.

⁶⁴ Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro "Fuentes de Financiamiento del Programa".

⁶⁵ Incluye las tres fuentes de gasto: gasto devengado del presupuesto asignado, gasto de transferencias de otras instituciones públicas y aporte de terceros (recursos consignados en 2, Extrapresupuestarias, del cuadro Fuente de Financiamiento del Programa). No incluye información de gastos de administración.

3.2. Ejecución presupuestaria del programa

El gasto del programa en relación al presupuesto inicial se presenta a continuación:

Cuadro 18.
Presupuesto del programa y Gasto Devengado 2009-2012
(Miles de \$ 2013)

Año	Presupuesto Inicial del programa (a)	Gasto Devengado ⁶⁶ (b)	% (b/a)*100
2009	39.926.760	45.324.611	114
2010	39.997.188	48.725.951	122
2011	47.925.166	39.438.462	82
2012	47.867.271	43.696.149	91
Variación 2009-2012	20%	-3.6%	

Fuente: DAF MINSAL

En cada uno de los años del período de evaluación el programa ha presentado diferencias importantes entre el presupuesto inicial programado y el gasto devengado. Específicamente, el programa ha presentado sobre ejecución presupuestaria en los primeros 2 años del período y sub-ejecución los dos últimos. Estas diferencias se explican por una conjunción de factores:

- La sobre ejecución en los dos primeros años del período de evaluación se explicaría por el incremento no esperado del precio de la leche a partir de 2008, según datos de ODEPA.
- El año 2011 se ajustó el presupuesto inicial a este mayor nivel de gastos, sin embargo ese año se produjo una reducción del gasto devengado (19% entre el 2010 y 2011), que se explica en parte por la reducción de la cantidad facturada en kilos (11%) y en parte por retrasos en los procesos de facturación que impidieron devengar gastos dentro del año, afectando negativamente la ejecución. A ambos factores contribuyó la implementación en “marcha blanca” del sistema integrado de control de gestión y su plataforma tecnológica (SAP) en CENABAST. Sin embargo, aunque no se dispone de estadísticas de entrega o retiro de alimentos por parte de los usuarios finales, existen indicios de que la menor cantidad facturada responde también a una menor demanda de productos, ya que CENABAST ha extendido el plazo de los contratos con los proveedores, debido a la existencia de saldos al término del plazo convenido.
- El año 2012, el gasto devengado aumenta en casi un 11%, debido a que el MINSAL canceló a diciembre de ese año la casi totalidad de la deuda que mantenía con CENABAST⁶⁷ (para esto el MINSAL amplió el plazo de recepción de facturas, lo que permitió a CENABAST cursar la totalidad de facturas recibidas)⁶⁸. Como el presupuesto inicial se mantuvo constante respecto al año anterior, sin considerar los hechos descritos, la ejecución presupuestaria fue de sólo un 91%.

Cabe comentar que los presupuestos iniciales del programa se ajustan al marco presupuestario preparado por DIPRES, el cual no incorpora la información de las proyecciones de demanda que maneja el programa. Con todo, la programación y estimación de la demanda se realiza a partir de la proyección de población oficial, la cual se hace menos precisa cuanto más alejada del año censal; si esta proyección sobreestima el crecimiento efectivo de la población, la demanda efectiva será menor que la proyección de demanda que maneja el programa y, por lo tanto, la ejecución presupuestaria disminuirá con respecto a la programada. La corrección de las proyecciones de población al tener el nuevo censo (en este caso el

⁶⁶ Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro “Fuentes de Financiamiento del Programa”.

⁶⁷ Ver cuadro “Relación de deudas Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL / CENABAST / Proveedores”

⁶⁸ Para esto se entiende que el MINSAL reconoció contablemente los gastos asociados a los kilos distribuidos al momento de acelerar los pagos en comento.

censo 2012) permitirá realizar los ajustes pertinentes. En otras palabras, las proyecciones de población afectan, por una parte, la determinación del presupuesto del programa y, por otro lado, su ejecución.

En definitiva, no se está incorporando toda la información disponible para la programación presupuestaria del programa, en particular las proyecciones de demanda y la información de compras ya adjudicadas que afectan al periodo siguiente. Es necesario reformular el proceso de programación del presupuesto incorporando esta información y considerando que resulta socialmente menos costoso mantener permanentemente un porcentaje razonable de sub ejecución presupuestaria, que enfrentas los problemas asociados a una escasez de presupuesto⁶⁹. La determinación de un valor adecuado para esta sobreestimación del presupuesto debe ser realizada conjuntamente entre MINSAL y DIPRES.

3.3. Aportes de Terceros

El programa no recibe aportes de terceros para la compra de los productos que distribuye, los que se financian con las transferencias del Ministerio de Salud.

Sin embargo, se debe reconocer el aporte de los establecimientos de atención primaria de la Red Asistencial, donde se entregan los productos a los beneficiarios del programa. Se ha hecho una estimación del gasto en personal, pero no existe una cuantificación del costo asociado a estas tareas, en cuanto a infraestructura y gastos de administración, todo lo cual debe ser considerado un aporte de los municipios al Programa.

El Cuadro siguiente presenta una estimación del valor de estos gastos para el período evaluado.

Cuadro 19.
Aportes de terceros 2009-2012 (Miles de \$ 2013)

	2009	2010	2011	2012	Variación % 2009-2012
Aportes de terceros	5.096.821	4.879.272	4.679.236	4.458.555	-12,5%

Fuente: Estimaciones del panel en base a información proporcionada por el programa.

El valor estimado de estos aportes se ha reducido en un 12,5% en el período, un cambio similar al experimentado por el número de beneficiarios y la cantidad de kilos distribuidos, ya que la estimación se basa en estas variables.

3.4. Recuperación de Gastos

No hay recuperación de gastos en el programa. Todos los productos son entregados gratuitamente a los usuarios finales, sin cobros de ningún tipo.

El panel evalúa como adecuada la ausencia de mecanismos de recuperación de gastos, ya que su presencia introduciría un desincentivo a retirar los alimentos y, con ello, podría introducir un riesgo de cumplimiento de los controles de salud y de vacunaciones, comportamientos que atentan contra los objetivos del programa.

⁶⁹ Los costos financieros debidos a retrasos en pagos provocados por la falta de disponibilidad de fondos, son incorporados en las estrategias de los proveedores como aumentos de precios, que encarecen el programa. Si se busca minimizar el costo esperado de las desviaciones del presupuesto ejecutado respecto al presupuesto inicial (no las desviaciones en sí mismas) y considerando que los costos de la sub ejecución y la sobre ejecución no son simétricos, la estrategia óptima puede ser mantener una diferencia permanente entre programación y ejecución de gastos (similar a la estrategia de mantener un saldo "sin rentabilidad" en una cuenta corriente, si existe un alto costo asociado a sobregiros no pactados).

4. EFICIENCIA

4.1. A nivel de resultados intermedios y finales.

Dada la naturaleza del programa resulta difícil encontrar una medida directa de la eficiencia a nivel de los resultados intermedios y finales. En el período evaluado, el estado nutricional de los niños en Chile se caracteriza por una muy baja prevalencia de desnutrición, resultado al que el programa contribuye a nivel de propósito y una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Una medida aproximada del valor de esta contribución se puede estimar comparando con la situación de países que no han seguido políticas nutricionales como la chilena y que presentan tasas de desnutrición más elevada. La figura 3 compara las tasas de desnutrición crónica en varios países de la región, incluyendo a Chile. Por otra parte, los resultados de un estudio⁷⁰ de CEPAL el año 2009 (El Costo del Hambre), que cubre cuatro países de América del Sur: el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú, indican que el costo de la desnutrición en esos países alcanzó para el año 2005 un monto que equivale al 3,3% del PIB conjunto de estos países. EL PIB de Chile el año 2012 alcanzó a 268 mil millones de dólares. Si en base a estos resultados suponemos que Chile ahorra un costo del 3% de su PIB por no tener las tasas de desnutrición infantil similares a los países mencionados, este ahorro ascendería a más de 8 mil millones de dólares, equivalentes a aproximadamente 3.800 miles de millones de pesos. Considerando que el PNAC cuesta anualmente 48 mil millones de pesos, y que su contribución a mantener las bajas tasas de desnutrición infantil que hoy ostenta Chile es innegable, se concluiría que el programa es rentable social y económicamente para el país.

El cuadro siguiente presenta la evolución del gasto promedio del programa por kilo de producto distribuido, para el conjunto de productos que el programa entrega⁷¹.

Cuadro 20.
Gasto Promedio por Unidad de Producto 2009-2012 (\$ 2013/kg distribuido)

	2009	2010	2011	2012	Variación 2009-2012
Componente 1	3.010	3.331	2.864	3.304	9,8%

Fuente: Elaboración propia en base a información del MINSAL

El gasto promedio por kilo de producto distribuido ha aumentado en un 9,8% en el período evaluado, pasando desde \$ 3.010 a \$ 3.304^{72 73}.

4.2. A nivel de actividades y/o componentes

El Cuadro siguiente presenta la evolución del gasto del componente, los kilos distribuidos y el gasto promedio por kilo. Como se observa, el gasto disminuye en un menor porcentaje que la cantidad

⁷⁰ “El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú”, CEPAL, Documento de proyecto Noviembre 2009.

⁷¹ No se contó con información desagregada por subprograma y/o por grupo poblacional.

⁷² Se han incorporado las mezclas proteicas para los beneficiarios EIM no fenilquetonúricos en el año 2011 cuyos costos unitarios son considerablemente más altos que en los demás subprogramas, pero cuya participación en la facturación total es ínfima (1%), de manera que su incidencia en el gasto promedio es despreciable. También se introdujo Mi Sopita para prematuros.

⁷³ Al utilizar una metodología que reconstruye el gasto de mantener a la población sana en términos de su estado nutricional, es decir usando el indicador gasto por persona con estado nutricional normal (obtenido de la división del gasto total del Programa por el número total de personas con estado nutricional normal), se obtiene un aumento en el gasto por beneficiario de casi un 16%. Igualmente, al construir el indicador con las personas con mal nutrición por déficit –se divide el gasto total del programa por el número total de personas con mal nutrición por déficit– se tiene un aumento en el gasto per cápita de un 3,6%.

distribuida lo que se traduce en un aumento de un 9,8% real en los precios promedios⁷⁴. Este aumento supera el incremento de un 5% real experimentado por los precios de la leche en polvo en supermercados en el Gran Santiago en igual período, de acuerdo a estadísticas de la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (ODEPA). Igualmente, es levemente superior al incremento de un 9,4% real experimentado por el precio por litro de leche al productor, según estadísticas de ODEPA (en el período comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2012).

Cuadro 21.
Kilos distribuidos, gasto componente y gasto promedio del programa 2009-2012

Período Recepción	Cantidad distribuida		Gasto Componente		Gasto promedio	
	Kilos	Variación anual	M\$2013	Variación anual	\$ 2.013	Variación anual
2009	16.564.640	-	49.854.933	-	3.010	-
2010	15.935.840	-3,80%	53.086.276	6,48%	3.331	10,68%
2011	15.231.290	-4,42%	43.620.873	-17,83%	2.864	-14,03%
2012	14.422.090	-5,31%	47.653.757	9,25%	3.304	15,37%
Variación 2009-2012	-12,9%		-4,4%		9,8%	

Fuente: Elaboración propia en base a información del MINSAL

El cuadro siguiente presenta la evolución del gasto promedio del programa por beneficiario para el conjunto de productos que el programa entrega.

Cuadro 22.
Gasto Promedio por Beneficiario 2009-2012 (\$ 2013)

	2009	2010	2011	2012	Variación 2009- 2012
Componente 1	63.782	71.135	60.839	69.516	9,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos DAF y DEIS MINSAL

El gasto promedio por beneficiario ha aumentado en un 9,0% en el período evaluado, pasando desde \$63.782 en el año 2009 a \$ 69.516 en el año 2012. Cabe agregar que la cantidad promedio de kilos de productos distribuidos por beneficiario se ha mantenido constante en alrededor de 21,21 kilos anuales, es decir, 1,77 kilos mensuales por persona en el período. Por lo tanto, las explicaciones de este aumento son las mismas presentadas para el caso del gasto promedio por unidad de producto, el aumento en el precio promedio⁷⁵.

En resumen, el crecimiento tanto del gasto promedio por unidad de producto (9,8%) como el gasto promedio por beneficiario (9,0%) han superado el incremento de un 5% real de los precios de la leche en polvo en supermercados en el Gran Santiago. No obstante, el primero de los mencionados experimenta un aumento levemente superior al incremento de un 9,4% real experimentado por el precio por litro de

⁷⁴ Al replicar los cálculos con el gasto devengado y los kilos distribuidos, se obtiene para el período en análisis un aumento de 10,73% en los precios devengados promedios.

⁷⁵ No obstante lo señalado con relación al aumento de los precios como la variable que explica el incremento en el gasto por componente y por beneficiario, es importante comentar que al analizar los precios resultantes de los montos facturados se obtiene una disminución 2,3% real durante el período. Esta variación difiere en 13 puntos porcentuales del obtenido en el precio devengado y de 12,1 puntos porcentuales del gasto del componente. Estas diferencias se explicarían en parte por los desfases entre el momento de la facturación y su contabilización, pero requiere de un análisis más profundo al que puede efectuar este Panel.

leche al productor y el segundo una variación inferior. Es decir, para el gasto promedio por beneficiario no se puede concluir sobre la eficiencia del Programa para el período en análisis.

4.3. Gastos de Administración

La SSP no tiene una estimación de los gastos administrativos del programa. Con acuerdo de las contrapartes de DIPRES y el Programa, el panel ha estimado el gasto administrativo como la suma de: (1) Un porcentaje de los gastos en personal del PNAC (se ha definido este porcentaje en un 5%); (2) la proporción de los gastos de Bienes y Servicios de Consumo correspondientes a esta unidad central del PNAC (esta información no se ha recibido a la fecha de este informe y por lo tanto no ha sido incluida); (3) la comisión que cobra CENABAST por realizar el proceso de adquisición de alimentos (ver anexo 5). Los resultados de esta estimación se presentan en el cuadro siguiente.

Cuadro 23.
Gastos de Administración del programa 2009-2012
(Miles de \$ 2013)

Año	Gastos de Administración	Total Gasto del programa	% (Gastos Adm / Gasto Total del programa)*100
2009	566.499	50.421.432	1,1%
2010	518.947	53.605.223	1,0%
2011	496.825	44.117.698	1,1%
2012	500.946	48.154.703	1,0%

Fuente: Elaboración del panel en base a información de la DAF.

Los gastos de administración como porcentaje del gasto total del programa oscilan en torno al 1% y han mantenido una tendencia relativamente estable en el período evaluado. Este nivel de gastos administrativos es evaluado como inusualmente bajo, en comparación con el rango usual de gastos de administración de programas sociales, que mayoritariamente se ubican entre 5% y 15%. Por ejemplo, para el Programa Nacional de Inmunizaciones este porcentaje era de 6,4% el año 2011. Respecto a programas de alimentación complementaria, no se ha tenido acceso a información de gastos administración de programas similares. Una explicación de la reducción de los gastos administrativos radica en que la comisión de CENABAST se calcula como un monto fijo por kilo facturado, independientemente del precio del producto; luego, al incorporarse productos de mayor precio, la comisión por monto facturado se reduce.

III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL

En el período en evaluación, se observó una disminución de 17,5% de la desnutrición infantil, una caída de 18,6% en el bajo peso de las embarazadas y de un 22% en el de las nodrizas. Esto, frente a un incremento de 4,9% del sobrepeso y de 8,5% de la obesidad en menores de 6 años, de 3,4% de sobrepeso y 18,2% de obesidad en embarazadas y de 3,3% de sobrepeso y 19,8% de obesidad en nodrizas.

Además, se observó una disminución de los beneficiarios efectivos de un 12% y una caída en los kilos de leche entregados de 13,1% para los no prematuros y un aumento de 13,5 para los prematuros. Entre los no prematuros que no se atienden en el sistema público de salud la caída es de un 34,6%, en tanto que en los que sí se atienden la caída es solo de 10,2%.

Diseño

El diseño del PNAC ha contribuido a mantener bajo control el problema de la malnutrición por déficit, aunque ha sido insuficiente para abordar la malnutrición en su enfoque global, por cuanto la malnutrición por exceso (medida por los indicadores que relacionan edad/peso/talla) ha ido en aumento. Si bien beneficiarios del PNAC reciben productos de alto valor proteico que protege su crecimiento y desarrollo y, en los niños, la talla (cuyo deterioro irrecuperable indica desnutrición crónica, aún prevalente en el mundo en desarrollo), esto no sería suficiente para enfrentar el problema, ni se cuenta con antecedentes para determinar su verdadera contribución a la superación de los problemas de sobrepeso y obesidad.

Por otra parte, el diseño de los componentes (componente único) es adecuado para el logro del propósito ("mejorar y mantener el estado nutricional" de la población objetivo), bajo el supuesto de que el principal problema de malnutrición es por déficit, lo cual era cierto en la época de creación del programa y durante sus primeras décadas de operación. Frente a la actual transición epidemiológica que ha significado que hoy el mayor problema nutricional en Chile está asociado a malnutrición por exceso, el componente único del programa ha reducido su eficacia. En particular, el diseño actual del programa no es eficaz para mejorar el estado nutricional de población con malnutrición por exceso.

Gestión

En la gestión del PNAC, se evidencia la ausencia de actividades destinadas a retroalimentarla y mejorarla permanentemente.

Además, si bien el Programa cuenta con información ésta no se encuentra sistematizada para su gestión, lo que impide una retroalimentación oportuna hacia el nivel central, tal que éste pueda desarrollar las acciones que sean necesarias. Igualmente, carece de un sistema de información que integre y permita la interacción de todas las organizaciones que participan en él.

Finalmente, la CENABAST ha jugado satisfactoriamente un rol histórico en la intermediación de la compra de los productos, a través de un convenio con el Ministerio de Salud, que ha permitido a la población beneficiaria acceder a los productos del Programa. No obstante, en algunas oportunidades su desempeño no va acompañado del pago oportuno a los proveedores ni tampoco dispone de estudios del mercado nacional e internacional que permitan evaluar los impactos de las licitaciones y, en definitiva, de su rol en el Programa.

Eficacia/Calidad

El Programa ha sido ineficaz en el logro de su propósito ("mejorar y mantener el estado nutricional" de la población objetivo) durante el período evaluado: El porcentaje de la población con estado nutricional normal ha disminuido en un 3,4% para los menores de 6 años y en un 9,2% tanto para las nodrizas como para las gestantes.

El PNAC ha sido eficaz en el control de la malnutrición por déficit y ha sido una parte importante de las políticas de salud, aunque no hay evidencia de su real aporte al control de la malnutrición por exceso, que en el período evaluativo aumenta.

Por otra parte, disminuye en 13,1% el volumen total de productos entregados con diferencias entre los que se atienden (10,2%) y los que no se atienden en el sistema público de salud (34,6%).

De igual forma, disminuyen los beneficiarios efectivos en un 14%, que varía entre 20,8% en los menores de 6 meses y 4,7% entre los prematuros. Para el grupo materno, se observa un descenso de 22,5% entre las embarazadas y de 29,1% en las nodrizas, el mayor descenso de todos.

Finalmente, no evalúa la satisfacción de usuarios ni la aceptabilidad de los productos, lo que se refleja en la fuerte caída en el número de kilos distribuidos de Purita Mamá, un 27,8%, que en opinión de expertos entrevistados e información de prensa no es de gusto masivo.

Eficiencia

No es posible establecer juicios concluyentes acerca de la eficiencia del programa en el período evaluado, en particular para el gasto promedio por beneficiario. A saber, el crecimiento del gasto promedio por unidad de producto (9,8%) como el gasto promedio por beneficiario (9,0%) han sido similares al incremento de un 9,4% real experimentado por el precio por litro de leche al productor. Sin embargo, han superado ampliamente el incremento real de un 5% de los precios de la leche en polvo en supermercados en el Gran Santiago. Dependiendo de los precios que se usen como referencia se obtienen distintas evaluaciones de la eficiencia del programa. Por lo tanto, el panel no se puede pronunciar en forma conclusiva sobre la eficiencia del Programa para el período en análisis.

Economía

Durante el período evaluado el programa ha presentado problemas de programación y ejecución presupuestaria, que se han traducido en diferencias importantes entre el presupuesto programado y el ejecutado, con sobre-ejecución en los primeros dos años (14% el 2009 y 22% el 2010) y sub-ejecución en los dos últimos (18% el 2011 y 9% el 2012). Estas diferencias se explicarían en parte por variaciones no previstas de precios y de la demanda de productos y también porque no se está incorporando toda la información disponible para la programación presupuestaria del programa, en particular las proyecciones de demanda y la información de compras ya adjudicadas que afectan al período siguiente.

La incorporación de la experiencia de CENABAST en procesos de compras públicas, junto con el uso obligatorio de la plataforma de licitaciones de ChileCompra para desarrollar los procesos de licitación es valorada positivamente.

Sin embargo, la relación establecida entre el MINSAL y CENABAST para la ejecución del programa, en el sentido de que el pago a los proveedores es realizado por intermedio de CENABAST, significa que esta institución asuma implícitamente un rol financiero, no contemplado ni regulado en el convenio entre ambas instituciones. Esto genera deudas entre MINSAL y CENABAST y entre ésta y los proveedores que afectan negativamente la gestión económica del programa.

IV. RECOMENDACIONES

Diseño

El Programa requiere reformular su objetivo de propósito de manera que éste se ajuste a lo que el programa efectivamente realiza, los productos que entrega y los beneficiarios que atiende. El objetivo debiera precisar malnutrición por déficit dejando para otros programas la responsabilidad del control de la obesidad. No obstante, al tener entre su población, personas con estado nutricional de sobrepeso y obesidad debiera estudiarse la necesidad de desarrollar nuevos productos para dicha población.

Además, se propone analizar la coordinación e interacciones con otros programas destinados a mejorar el estado nutricional de la población. En este sentido, particular importancia adquieren los programas de comunicación social e individual en alimentación/nutrición y actividad física (estilos de vida saludables).

Igualmente, se debiera considerar el análisis de la factibilidad, así como de sus costos y beneficios, de la focalización del programa por vulnerabilidad (económica y de salud).

Gestión

Se recomienda el fortalecimiento de los sistemas de información y del recurso humano del Programa que en el escenario actual pueden resultar insuficientes para la realización de las actividades que se proponen.

Además, establecer un sistema de indicadores con un monitoreo periódico. Igualmente, es necesario que el nivel central construya y monitoree información sobre el "consumo real" de los productos entregados. Para esta evaluación se contó con información de kilos facturados pero no de kilos retirados mes a mes, las causas de no retiro, las mermas, etc.

Finalmente, para la CENABAST es conveniente implementar estudios que evalúen su capacidad de gestión y oportunidad en las decisiones de compra en el mercado nacional e internacional y su impacto en la eficiencia y eficacia del Programa. De igual modo, se recomienda analizar la factibilidad de implementar modalidades de pago directo del MINSAL a los proveedores, de manera que CENABAST se focalice en la gestión de compra y de los contratos con los proveedores, sin una gestión financiera asociada.

Eficacia/Calidad

Se reitera la recomendación propuesta para el diseño de revisar el PNAC con una mirada integral, evaluando si tiene todos los componentes necesarios para enfrentar exitosamente los problemas nutricionales de la población beneficiaria.

Se propone analizar la relación de largo plazo entre crecimiento del producto interno bruto (PIB), el número de beneficiarios efectivos y su demanda por productos del Programa. En caso de encontrarse dicha relación, podría significar evaluar la implementación de alternativas distintas de distribución que posibiliten un aumento de cobertura.

Por otra parte, se propone implementar sistemas de exploración sistemáticas de satisfacción usuaria⁷⁶, entre otros, a través encuestas y grupos focales. Así como, evaluar la aceptabilidad de sus productos, especialmente para los productos que presentan una mayor caída en el número de kilos distribuidos.

⁷⁶ Debe incluir satisfacción con el servicio de entrega como con la calidad del producto.

Eficiencia

Se recomienda realizar estudios de mercado de los productos lácteos y analizar la apertura de las licitaciones al mercado internacional a fin de obtener mejores precios.

De igual forma, se propone realizar estudios de comparación de experiencias internacionales sobre el impacto en la malnutrición por déficit de implementar políticas de focalización por variables socio económicos u otras y su relación con los ciclos económicos, de forma tal de disponer de dicha información para evaluar alternativas para aumentar la eficiencia en el gasto del PNAC.

Economía

Se recomienda mejorar las estimaciones de la demanda desde el nivel central y de un monitoreo más proactivo y frecuente del stock en los distintos puntos de entrega, de la población beneficiaria, la proporción de personas que retiran productos y su frecuencia, entre otros. Además, se recomienda evaluar la conveniencia de incorporar una banda que permita establecer, ex ante, un máximo de sobre y sub ejecución presupuestaria.

IV BIBLIOGRAFÍA

1. Salud y Nutrición. Presentación. Dr. Fernando Vio del Río, INTA
2. Manual de Programas Alimentarios. Ministerio de Salud, 2011
3. Hacia la erradicación de la Desnutrición: El caso chileno. Conferencia Regional, Santiago
4. La leche y los programas alimentarios PNAC – PACAM. Departamento de Alimentos y Nutrición, División de Políticas Públicas saludables y promoción. Ministerio de salud de Chile.
5. Alimentación normal, ¿qué hay de nuevo en fórmulas y pautas de alimentación?. Dra. Verónica Marín. Presentación Ministerio de salud
6. Actualización programas Alimentarios PNAC – PACAM. Presentación. Ministerios de Salud
7. ¿Fórmula de Inicio en el PNAC?. Presentación. Ministerio de salud. Abril 2009.
8. Manual de Programas Alimentarios. Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. 2011
9. Ord. 15 AE/2435 del 10 de Mayo del 2004, Departamento Jurídica del Ministerio de Salud.
10. World Report on Child Injury Prevention. Edited by Margie Peden, Kayode Oyegbite et als. World Health Organization / UNICEF. 2008. ISBN 978 92 156357 4
11. Musgrove, Philip (1996): “Public and Private Roles in Health, Theory and Financing Patterns”, World Bank.
12. Torche, Arístides (1985): “Una Evaluación Económica del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)”, Cuadernos de Economía, Año 22, N° 66, pp 175-193.
13. Newhouse, Joseph (1996): “Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection” Journal of Economic Literature, Vol. 34, issue 3, pages 1236-1263.
14. Encuesta CASEN 2009”, Ministerio de Desarrollo Social.
15. World Health Organization (WHO), WHO Child Growth Standards; Methods and development; length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length and body mass index-for age. Geneva. Development DoNfha: 2006
16. UNICEF, Estado Mundial de la Infancia. 2006
17. Programa de ampliación para la pesquisa neonatal de 8 errores innatos del metabolismo e hipotiroidismo congénito. Prof. V. Cornejo, Dr. JF Cabello, Dra. M. Colombo, Dra E. Raimann. 2012
18. Diagnóstico de errores innatos del metabolismo. Erna Raimann B. Rev Chilena Pediatr 2008; 79 Supl: 92-95
19. Modelo chileno de seguimiento a largo plazo para fenilcetonuria (PKU). Acta Pediatr Mex 2012;33(6):301-307
20. Fenilcetonuria de diagnóstico neonatal y lactancia materna. Verónica Cornejo E, Viviana Manríquez, Marta Colombo; Paulina Mabe et als: Rev Med Chile 2003; 131: 1280-1287
21. Mi hijo tiene enfermedad de la orina olor jarabe de arce (EOJA). Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos, Universidad de Chile.
22. El costo del hambre: impacto social y económico de la desnutrición infantil en el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú”, CEPAL, Documento de proyecto Noviembre 2009.
23. Evaluación del modelo de distribución de los productos del PNAC – PACAM y diseño de un nuevo modelo: Resumen Ejecutivo”, MINSAL 2005
24. Effects of a dairy product fortified with multiple micronutrients and omega-3 fatty acids on birth weight and gestation duration in pregnant Chilean women. Francisco Mardones, Maria-Teresa Urrutia, Luis Villarroel, Alonso Rioseco et als. Public Health Nutrition 11(1) 30-40. 2007.
25. Programa de suplementación alimentaria y de fortificación de alimentos con micronutrientes en Chile. Dr. J Riumallo, Dr. Tito Pizarro, Dra, Lorena Rodríguez y Nutri. Xenia Benavides. Documentos. Unidad de Nutrición. Ministerio de Salud
26. Prevención de la obesidad en Chile. Fernando Vio D. Rev Chil Nutr Vol.32, N°2, Agosto 2005.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Dra. Cecilia Castillo

Dr. Francisco Mardones Santander

Dr. Jorge Jiménez

Nutricionista y Magister en Salud Pública Verónica Cornejo (INTA)

Dra. Morelia Ossandón

Sr. Gonzalo Moya

Sr. Jaime Linderos

Sra. Mariela Orellana

V. ANEXOS DE TRABAJO

Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información del programa y necesidad de realizar estudio complementario.

Anexo 2: Análisis del diseño

Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del programa

Anexo 2(b): Medición de Indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2009-2012

Anexo 2(c): Análisis de Diseño

ANEXO 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa

ANEXO 4: Análisis de Género.

ANEXO 5: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos.

ANEXO COMPLEMENTARIO (Anexo 6)

ANEXO 2(a) MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

<p>NOMBRE DEL PROGRAMA: Programa Nacional de Alimentación Complementaria AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1954 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Salud Pública División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Departamento de Alimentos y Nutrición.</p> <p>OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Desarrollar Políticas Públicas intersectoriales, que promuevan estilos y hábitos de vida saludable, orientadas a disminuir la prevalencia de enfermedades no transmisibles. Desincentivar el consumo de alimentos de alto contenido de nutrientes críticos (sodio/sal/grasas) e instalar medidas estructurales para la creación de entornos que estimulen estilos de vida saludables con pertinencia local.</p>				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
<p>FIN: Contribuir a mantener y mejorar la salud de la población.</p>				

<p>PROPÓSITO: Mantener y mejorar el estado nutricional⁷⁷ de embarazadas, nodrizas⁷⁸, niños menores de 6 años, prematuros extremos⁷⁹ y menores de 18 años con enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo (EIM)⁸⁰.</p>	<p>Tasa de Prevalencia anual de obesidad en embarazadas, nodrizas y niños(as) menores de 6 años bajo control⁸¹ EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de obesidad en embarazadas, nodrizas, y menores de 6 años / población bajo control ⁸² x 100</p>	<p>Registros estadísticos mensuales (REM) de censo nutricional a diciembre de cada año y Estadísticas DEIS/MINSAL</p>	<p>No se producen cambios en el escenario epidemiológico nutricional.</p> <p>El comportamiento alimentario de la población que se atiende en el sistema público no difiere sustancialmente del comportamiento del total de la población.</p>
	<p>Tasa de Prevalencia anual de sobrepeso en embarazadas, nodrizas y niños(as) menores de 6 años EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de sobrepeso en embarazadas, nodrizas y menores de 6 años / población bajo control x 100</p>	<p>Registros estadísticos mensuales (REM) de censo nutricional a diciembre de cada año y Estadísticas DEIS/MINSAL</p>	
	<p>Tasa de Prevalencia anual de bajo peso en embarazadas y nodrizas EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de bajo peso en embarazadas y nodrizas / población bajo control x 100</p>	<p>Registros estadísticos mensuales (REM) de censo nutricional a diciembre de cada año y Estadísticas DEIS/MINSAL</p>	
	<p>Tasa de Prevalencia anual de riesgo de desnutrir en niños menores de 6 años EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de riesgo de desnutrir en menores de 6 años / población bajo control x 100</p>	<p>Registros estadísticos mensuales (REM) de censo nutricional a diciembre de cada año y Estadísticas DEIS/MINSAL</p>	
	<p>Tasa de Prevalencia anual de desnutrición en niños menores de 6 años EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de desnutrición en niños menores de 6 años / población bajo control x 100</p>	<p>Registros estadísticos mensuales (REM) de censo nutricional a diciembre de cada año y Estadísticas DEIS/MINSAL</p>	
	<p>Ejecución presupuestaria</p>		<p>Reportes financiero-</p>	

⁷⁷ El estado nutricional en el menor de 6 años se clasifica en: “normal” si se ubica entre el promedio y más o menos 1 desviación estándar (DE) del patrón de Referencia OMS; “riesgo desnutrir” si se ubica entre menos 1 y menos 2 DE del promedio del patrón de referencia OMS; “desnutrido” si se ubica bajo 2 DE del promedio del patrón de referencia; sobrepeso si se ubica entre más 1 y más 2 DE y obeso si se ubica más de 2 DE del promedio del patrón de referencia OMS. En las embarazadas y nodrizas el estado nutricional por déficit se clasifica en “bajo peso”, “normal”, “sobrepeso” u “obesidad” según Índice de Masa Corporal (IMC) corregido por edad gestacional. (Bajo peso IMC menor a 18,5; normal IMC 18,5 a 24,9; sobrepeso IMC 25 a 29,9; obesidad IMC igual o mayor a 30).

⁷⁸ Madres que amamantan

⁷⁹ Peso inferior a 1.500 gramos o gestación de 32 semanas o menos

⁸⁰ Fenilquetonuria (PKU), enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia isovalérica y citrulinemia tipo1.

⁸¹ Población bajo control corresponde a la población que se atiende en el sistema público de salud, donde se concentra la población de mayor vulnerabilidad, que a su vez presenta, de acuerdo a la encuesta CASEN 2011, mayor prevalencia de mal nutrición por exceso. Aplica a todas las tasas siguientes.

⁸² Es la población bajo control que, dado que el estado nutricional de una población se está modificando permanentemente, es objeto de “censo nutricional” semestralmente, junio y diciembre; este censo o “estudio de corte” mide las tasas de prevalencia de obesidad, sobrepeso, riesgo de desnutrir y desnutrición.. Por acuerdo con PNAC en esta evaluación se usa el censo a diciembre de cada año. Aplica a todas las tasas siguientes.

	del programa ECONOMÍA: proceso	Presupuesto ejecutado por el programa / Presupuesto asignado al programa x 100	presupuestarios de DAF-MINSAL	
<p>COMPONENTE Embarazadas, nodrizas, menores de 6 años y menores de 18 años con enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo reciben y consumen alimentos complementarios según sus necesidades específicas de acuerdo a recomendaciones, normas e instructivos actualizados y en uso en todos los niveles de ejecución del programa por personal capacitado para su aplicación.</p>	<p>Cobertura del PNAC según grupos poblacionales específicos, objeto del programa. EFICACIA: Producto</p>	<p>Población beneficiaria objeto del programa que retira productos específicos / Población objetivo por 100</p>	<p>Registros estadísticos mensuales (REM) y consolidado anual y Estadísticas DEIS/MINSAL</p>	<p>Población tiene percepción positiva de los productos del programa</p>
	<p>Alimentos distribuidos, por tipo de alimento según grupo programático que se atiende en el sistema público de salud</p>	<p>Kilos de alimentos distribuidos por tipo de alimento según grupo programático que se atiende en el sistema público de salud</p>	<p>Registros estadísticos mensuales (REM) y consolidado anual y Estadísticas DEIS/MINSAL</p>	
	<p>Alimentos distribuidos, por tipo de alimento según grupo programático que no se atiende en el sistema público de salud</p>	<p>Kilos de alimentos distribuidos por tipo de alimento según grupo programático que no se atiende en el sistema público de salud</p>	<p>Registros estadísticos mensuales (REM) y consolidado anual y Estadísticas DEIS/MINSAL</p>	
	<p>Gasto promedio por componente del programa EFICIENCIA: producto</p>	<p>Gasto devengado en alimentos / kilos de alimentos distribuidos. \$ 2013</p>	<p>Información de DAF</p>	
	<p>Gasto promedio por beneficiario del programa. EFICIENCIA: producto</p>	<p>Gasto devengado en alimentos / beneficiarios que reciben alimentos. \$ 2013</p>	<p>Información de DAF</p>	
<p>Actualización de normas según tipo de producto EFICACIA: producto</p>	<p>Número de productos con norma actualizada / número de alimentos con norma x 100⁸³</p>	<p>Información de DAF</p>		

⁸³ Se actualiza Manual del Programa según necesidades pesquisadas en el diagnóstico epidemiológico nutricional, con la asesoría de Comité de Expertos

<p>ACTIVIDADES: Del componente:</p> <p>Entregar alimentos a la población objeto del programa según norma técnica por tipo de alimento acorde a las necesidades especiales de cada grupo⁸⁴.</p> <p>Confeccionar plan de compra anual para la entrega de alimentos según tipo y población objetivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programar las necesidades anuales • Programar compra de alimentos según tipo. <p>Coordinar acciones administrativas con proveedores y CENABAST.</p> <p>Comprar los alimentos según tipo de acuerdo al plan de compra anual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enviar ordinario con mandato de compra, para realizar licitación con especificaciones técnicas de la necesidad de compra • Mantener el seguimiento de la ejecución del sistema de adquisición • Participar en la comisión de adquisiciones <p>Distribuir los alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar la distribución regional / por SS / por centros de distribución • Cuantificar la capacidad de almacenamientos de productos en los diferentes niveles de ejecución del programa. • Establecer mecanismos de coordinación con operadores logísticos y regiones para la adecuada distribución de productos • Distribuir los productos a los diferentes niveles de ejecución del programa. • Recibir los productos en los diferentes niveles de ejecución del programa 				<p>Se mantienen o mejoran las condiciones del mercado lácteo con varios oferentes, que aseguran la mejor relación precio, producto y calidad</p>
--	--	--	--	--

⁸⁴ Normas descritas en Manual de Programas Alimentarios, 2011

Dirección de Presupuestos
 División de Control de Gestión

<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar la calidad de los alimentos en los diferentes niveles de ejecución del programa • Verificar el stock <p>Entregar los alimentos a la población objetivo del programa según tipo de alimento de acuerdo a las necesidades específicas de cada grupo, beneficiarios y no beneficiarios del sistema público de salud, de acuerdo a normas técnicas y manual de operaciones del programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener registro de los alimentos entregados • Mantener registro de stock (inventario) en el punto de distribución. • Realizar reportes informativos periódicos para las evaluaciones del programa. • Preparar estudios de brechas de cobertura en grupos especiales: etnias originarias, inmigrantes, otros. <p>Aplicar los procedimientos operativos estandarizados para asegurar la calidad en la ejecución del programa.</p> <p>Realizar revisión bibliográfica permanente a fin de actualizar la evidencia científica.</p> <p>Coordinar y desarrollar trabajo con expertos.</p> <p>Mantener vínculos con organismos técnicos nacionales e internacionales.</p> <p>Elaborar documentos normativos</p> <p>Difundir documentos normativos a todos los niveles que participan en el programa</p> <p>Capacitar al personal de todos los niveles que participan en el programa para la correcta aplicación de las normas técnicas</p> <p>Supervisar el cumplimiento de las normas técnicas.</p>				
---	--	--	--	--

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

<p>Coordinar todos los niveles para garantizar la actualización de contenidos e innovación técnicas pertinentes.</p> <p>Difundir a los profesionales que realizan los controles de salud para la educación individual a los usuarios</p> <p>Elaborar material educativo para su difusión a nivel de programas de comunicación social a la comunidad y material educativo con enfoque individual y familiar sobre alimentación/nutrición y estilos de vida saludables, incluyendo actividad física acorde a las características de los grupos programáticos.</p> <p>Evaluar el impacto de las actividades de educación a través de indicadores pertinentes.</p> <p>Coordinar todos los niveles para garantizar el éxito de las actividades e intervenciones.</p>				
---	--	--	--	--

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Fin Contribuir a mantener y mejorar la salud de la población.						
---	--	--	--	--	--	--

<p>Propósito Mantener y mejorar el estado nutricional⁸⁵ de embarazadas, nodrizas⁸⁶, niños menores de 6 años, prematuros extremos⁸⁷ y menores de 18 años con enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo (EIM)⁸⁸.</p>	<p>Tasa de Prevalencia anual de obesidad en embarazadas, nodrizas y niños(as) menores de 6 años⁸⁹ EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de obesidad en embarazadas, nodrizas, y menores de 6 años / población bajo control⁹⁰ x 100⁹¹</p>	<p>OE = 20,9 ON = 22,2 O<6 = 9,4</p>	<p>OE = 22,3 ON = 23,8 O<6 = 9,6</p>	<p>OE = 22,9 ON = 25,7 O<6 = 9,8</p>	<p>OE = 24,7 ON = 26,6 O<6 = 10,2</p>
	<p>Tasa de Prevalencia anual de sobrepeso en embarazadas, nodrizas y niños(as) menores de 6 años EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de sobrepeso en embarazadas, nodrizas y menores de 6 años / población bajo control x 100</p>	<p>SPE = 32,0 SPN = 33,4 SP<6 = 22,4</p>	<p>SPE = 32,7 SPN = 33,9 SP<6 = 22,6</p>	<p>SPE = 33,2 SPN = 34,7 SP<6 = 23,2</p>	<p>SPE = 33,1 SPN = 34,5 SP<6 = 23,5</p>
	<p>Tasa de Prevalencia anual de bajo peso en embarazadas y nodrizas EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de bajo peso en embarazadas y nodrizas / población bajo control x 100</p>	<p>BPE = 7,0 BPN = 4,1</p>	<p>BPE = 6,4 BPN = 3,7</p>	<p>BPE = 6,2 BPN = 3,4</p>	<p>BPE = 5,7 BPN = 3,2</p>
	<p>Tasa de Prevalencia anual de riesgo de desnutrir en niños menores de 6 años EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de riesgo de desnutrir en menores de 6 años / población bajo control x 100</p>	<p>RD<6 = 2,4</p>	<p>RD<6 = 2,5</p>	<p>RD<6 = 2,4</p>	<p>RD<6 = 2,4</p>
	<p>Tasa de Prevalencia anual de desnutrición en niños menores de 6 años EFICACIA: resultado final</p>	<p>Número de casos de desnutrición en niños menores de 6 años / población bajo control x 100</p>	<p>D<6 = 0,4</p>	<p>D<6 = 0,3</p>	<p>D<6 = 0,3</p>	<p>D<6 = 0,4</p>
	<p>Ejecución presupuestaria del programa ECONOMÍA: proceso</p>	<p>Presupuesto ejecutado por el programa / Presupuesto asignado al programa x 100</p>	<p>114%</p>	<p>122%</p>	<p>82%</p>	<p>91%</p>

⁸⁵ El estado nutricional en el menor de 6 años se clasifica en: “normal” si se ubica entre el promedio y más o menos 1 desviación estándar (DE) del patrón de Referencia OMS; “riesgo desnutrir” si se ubica entre menos 1 y menos 2 DE del promedio del patrón de referencia OMS; “desnutrido” si se ubica bajo 2 DE del promedio del patrón de referencia; sobrepeso si se ubica entre más 1 y más 2 DE y obeso si se ubica más de 2 DE del promedio del patrón de referencia OMS. En las embarazadas y nodrizas el estado nutricional por déficit se clasifica en “bajo peso”, “normal”, “sobrepeso” u “obesidad” según Índice de Masa Corporal (IMC) corregido por edad gestacional. (Bajo peso IMC menor a 18,5; normal IMC 18,5 a 24,9; sobrepeso IMC 25 a 29,9; obesidad IMC igual o mayor a 30).

⁸⁶ Madres que amamantan

⁸⁷ Peso inferior a 1.500 gramos o gestación de 32 semanas o menos

⁸⁸ Fenilquetonuria (PKU), enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia isovalérica y citrulinemia tipo1.

⁸⁹ Estos indicadores aplican a la población que se atiende en el sistema público de salud, donde se concentra la población de mayor vulnerabilidad.

⁹⁰ Es la población bajo control que, dado que el estado nutricional de una población se está modificando permanentemente, es objeto de “censo nutricional” semestralmente, junio y diciembre; este censo o “estudio de corte” mide las tasas de prevalencia de obesidad, sobrepeso, riesgo de desnutrir y desnutrición.. Por acuerdo con PNAC en esta evaluación se usa el censo a diciembre de cada año. Aplica a todas las tasas siguientes.

⁹¹ OE: obesidad embarazadas; ON: obesidad en nodrizas; O<6: obesidad en niños menores de 6 años; SPO: sobrepeso en embarazadas; SPN: sobrepeso en nodrizas; SP<6: sobrepeso en niños menores de 6 años; BPE: bajo peso en embarazadas; BPN: bajo peso en nodrizas; RD<6: riesgo desnutrir en niños menores de 6 años; D<6: desnutrición en niños menores de 6 años.

<p>Componente 1 Embarazadas, nodrizas, menores de 6 años y menores de 18 años con enfermedades metabólicas especiales reciben y consumen alimentos complementarios según sus necesidades específicas de acuerdo a recomendaciones, normas e instructivos actualizados y en uso en todos los niveles de ejecución del programa por personal capacitado para su aplicación.</p>	<p>Cobertura del PNAC según grupos poblacionales específicos, objeto del programa. EFICACIA: Producto</p> <p>Alimentos distribuidos, por tipo de alimento según grupo programático que se atiende y que no se atiende en el sistema público de salud EFICACIA: Proceso</p>	<p>Población beneficiaria objeto del programa que retira productos específicos / Población objetivo por 100⁹²</p> <p>Kilos de alimentos distribuidos por tipo de alimento según grupo programático que se atiende y que no se atiende en el sistema público de salud⁹³</p>	<p>0-5m:: 26,7 6-11m: 89,3 12-17m: 90,7 18-23m: 79,5 24-47m: 89,2 48-71m: 73,5 P: 32,5 E: 80,9 N: 56,9</p> <p>LPFBa 4.136.714 LPFBna 839.396</p>	<p>0-5m: 26,7 6-11m: 89,3 12-17m: 90,7 18-23m: 79,5 24-47m: 89,2 48-71m: 73,5 P: 32,5 E: 80,9 N: 56,9</p> <p>LPFBa 4.035.752 LPFBna 702.867</p>	<p>0-5m: 26,7 6-11m: 89,3 12-17m: 90,7 18-23m: 79,5 24-47m: 89,2 48-71m: 73,5 P: 32,5 E: 80,9 N: 56,9</p> <p>LPFBa 3.904.800 LPFBna 645.449</p>	<p>0-5m: 26,7 6-11m: 89,3 12-17m: 90,7 18-23m: 79,5 24-47m: 89,2 48-71m: 73,5 P: 32,5 E: 80,9 N: 56,9</p> <p>LPFBa 3.646.838 LPFBna 553.384</p>

⁹² Población efectiva: **0-5m:** 0 a 5 meses de edad; **6-11m:** 6 a 11 meses de edad; **12-17m:** 12 a 17 meses de edad; **18-23m:** 18 a 23 meses de edad; **24-47m:** 24 a 47 meses de edad; **48-71m:** 48 a 71 meses de edad; **P:** prematuros; **E:** embarazadas; **N:** nodrizas

⁹³ **LPFBa:** Leche purita fortificada subprograma básico en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **LPFBna:** Leche purita fortificada subprograma básico en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **LPFRa:** Leche purita fortificada subprograma refuerzo en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **LPFRna:** Leche purita fortificada subprograma refuerzo en beneficiarios que no se atienden en el sistema público de salud; **LPCBa:** Leche purita cereal subprograma básico en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **LPCBna:** Leche purita cereal subprograma básico en beneficiarios que no se atienden en el sistema público de salud; **LPCRa:** Leche purita cereal subprograma refuerzo en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **LPCRna:** Leche purita cereal subprograma refuerzo en beneficiarios que no se atienden en el sistema público de salud; **MSRa:** Mi sopita subprograma refuerzo en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **MSRna:** Mi sopita subprograma refuerzo en beneficiarios que no se atienden en el sistema público de salud; **PMBa:** Purita mamá, subprograma básico en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **PMBna:** Purita mamá, subprograma básico en beneficiarios que no se atienden en el sistema público de salud; **PMRa:** subprograma refuerzo en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **PMRna:** subprograma refuerzo en beneficiarios que no se atienden en el sistema público de salud; **LPIa:** Leche

			LPFRa 206.437 LPFRna 8.217 LPCBa 7.342.842 LPCBna 924.251 LPCRa 181.183 LPCRna 5.857 MSRa 315.814 MSRna 9.502 PMBa 2.000.505 PMBna 159.758 PMRa 322.173 PMRna 11.650 LPIa 55.331 LPIa 3.851 LPCa 23.102 LPCna 1.553	LPFRa 214.956 LPFRna 6.763 LPCBa 7.211.091 LPCBna 853.063 LPCRa 187.317 LPCRna 5.996 MSRa 325.721 MSRna 9.150 PMBa 1.917.530 PMBna 103.143 PMRa 258.825 PMRna 6.234 LPIa 54.601 LPIa 3.852 LPCa 21.732 LPCna 1.765	LPFRa 199.760 LPFRna 6.875 LPCBa 7.113.970 LPCBna 774.472 LPCRa 187.067 LPCRna 5.171 MSRa 313.487 MSRna 9.209 PMBa 1.671.825 PMBna 79.822 PMRa 210.598 PMRna 4.466 LPIa 55.118 LPIa 4.199 LPCa 21.550 LPCna 1.589	LPFRa 18.771 LPFRna 733 LPCBa 6.700.418 LPCBna 648.620 LPCRa 13.382 LPCRna 426 MSRa 21.175 MSRna 747 PMBa 1.549.617 PMBna 57.463 PMRa 179.196 PMRna 2.297 LPIa 56.629 LPIa 3.350 LPCa 20.757 LPCna 1.992
--	--	--	--	---	--	---

prematuros inicio en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **LPIa** Leche prematuros inicio en beneficiarios que no se atienden en el sistema público de salud;
LPCa: Leche prematuros continuación en beneficiarios que se atienden en el sistema público de salud; **LPCna**: Leche prematuros continuación en beneficiarios que no se atienden en el sistema público de salud

	Gasto promedio por componente del programa EFICIENCIA: producto	Gasto devengado en alimentos / kilos de alimentos distribuidos. \$ 2013	\$2.736	\$3.058	\$2.589	\$3.030
	Gasto promedio por beneficiario del programa. EFICIENCIA: producto	Gasto devengado en alimentos / beneficiarios que reciben alimentos. \$ 2013	\$57.986	\$65.292	\$55.005	\$63.743
	Actualización de normas según tipo de producto EFICACIA: producto	Número de productos con norma actualizada / número de alimentos con norma x 100 ⁹⁴	100%	100%	100%	100%

⁹⁴ Se actualiza Manual del Programa según necesidades pesquisadas en el diagnóstico epidemiológico nutricional, con la asesoría de Comité de Expertos

ANEXO 3: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

1. Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa

1.1. Descripción del Programa Nacional de Alimentación Complementaria⁹⁵

Historia

Con la Ley de Seguro Obrero Obligatorio en 1954 se formaliza la entrega de alimentos a grupos vulnerables. Posteriormente, con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1954, se consolida la entrega de leche en polvo como una actividad estrechamente vinculada a los programas de salud materno infantil. En 1987 la Ley N° 18.682 institucionaliza el Programa Nacional de Alimentación Complementaria como un beneficio universal, independiente de la situación previsional de los beneficiarios.

Los grupos objetivos de los Programas Alimentarios han sido tradicionalmente las gestantes y los menores de seis años. Dichos programas son dinámicos y se han adaptado a las nuevas realidades del país, manteniendo su objetivo básico de contribuir al crecimiento y desarrollo normal del niño desde la gestación. En los últimos años se ha agregado el objetivo de contribuir a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, de alta prevalencia en el país.

En la última década se ha ampliado el Programa Nacional de Alimentación Complementaria a niños prematuros extremos (menores de 1.500 grs. y/o 32 semanas de gestación). Lo mismo ocurre con la Fenilcetonuria u otros errores innatos del metabolismo.

En función de la transición demográfica, desde 1999 funciona un programa de alimentación adicional a éste, enfocado en los adultos mayores, con similares objetivos que el PNAC, pero que opera en forma independiente. Dicho programa no es parte de esta evaluación.

Características y objetivos

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen alimentos destinados a niños/ as menores de 6 años, niños con peso de nacimiento menor de 1.500 g y/o menos de 32 semanas de gestación, niños y adolescentes con enfermedades metabólicas, gestantes y madres que amamantan. La entrega de los beneficios se realiza a través de los establecimientos de la Red de Atención Primaria de Salud y de otros establecimientos en convenio con el Ministerio de Salud.

El PNAC cumple con el propósito de lograr un desarrollo adecuado del embarazo, una lactancia exitosa durante los primeros meses de vida del niño, un desarrollo y crecimiento normal del niño, como a su vez contribuir a mejorar el estado nutricional y la calidad de vida de los niños prematuros.

Los objetivos del Programa son los siguientes:

⁹⁵ Este apartado se basa en el documento "Manual de Programas Alimentarios" de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud del año 2011.

- ✓ Promover el desarrollo de las potencialidades de niños/as desde la gestación.
- ✓ Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia, mediante el apoyo alimentario.
- ✓ Promover la lactancia materna, mediante la entrega de educación y apoyo nutricional a la gestante y a la mujer que amamanta.
- ✓ Contribuir a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles desde las primeras etapas de la vida, mediante educación nutricional y entrega de alimentos adecuados a cada etapa del desarrollo.
- ✓ Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer mediante la entrega de alimentos adecuados a la gestación, ligados al control de salud.
- ✓ Prevenir y corregir el déficit nutricional en los niños/as y gestantes.
- ✓ Proteger la salud de niños/as en situaciones especiales de riesgo nutricional como: prematurez, niños y adolescentes con enfermedades metabólicas.
- ✓ Contribuir al cumplimiento de las acciones de salud, vinculando la adherencia a estas acciones, mediante la coordinación entre el Programa Nacional de Inmunizaciones, control de salud.
- ✓ Promover en los Establecimientos del Nivel Primario de Atención y los Policlínicos de Seguimiento del niño prematuro, una modalidad de trabajo integral y coordinado, con la participación de equipos multidisciplinarios y de especialistas.

Marco Legal

El marco jurídico está establecido en el artículo 68 de la Ley 18.681 del 31 de Diciembre de 1987, a saber "Declárese que los beneficios comprendidos en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria constituyen 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/as hasta los seis años de edad y a las mujeres gestantes y puérperas en riesgo biomédico y de escasos recursos, independientemente de su situación laboral o previsional o del régimen de atención de salud al cual se encuentren afectos".

Beneficiarios

Los beneficiarios del PNAC son los menores de 6 años, los niños nacidos con menos de 1.500 g y/o menores de 32 semanas de gestación y las gestantes y nodrizas que asisten regularmente a actividades de salud en establecimientos de atención de nivel primario del Sistema Nacional de Servicios de Salud o adscrito al Sistema Nacional de Servicios de Salud a través de convenios; los afiliados a FONASA que opten por la modalidad de atención de libre elección y los afiliados a las instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), Fuerzas Armadas y de Orden, que cumplan con las normas que, para la distribución y entrega de productos del Programa, haya establecido el Ministerio de Salud.

Características

El Programa entrega alimentos complementarios, adecuados a la edad, situación fisiológica, estado nutricional, condición de prematurez y morbilidad asociada. Aportando calorías, macronutrientes y micronutrientes adecuados a estas condiciones. Esta entrega se vincula con actividades de promoción, protección y recuperación de la salud.

El PNAC se divide en subprogramas según sea la situación nutricional del beneficiario, a saber:

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

PNAC Básico, corresponde al subprograma que beneficia a los niños/as, gestantes y madres que amamantan, con estado nutricional normal, sobrepeso u obesidad. Los alimentos que se distribuyen son Leche Purita Fortificada, Purita Cereal y Purita Mamá.

PNAC Refuerzo, corresponde al subprograma que beneficia a los niños/as con riesgo de desnutrir o desnutridos (Norma para el Manejo Ambulatorio de la Malnutrición, 2007), gestantes con bajo peso y madres que amamantan con bajo peso (Ord. 34/N° 3607 del 27 de Junio 2008). La entrega de beneficios está condicionada al cumplimiento de las acciones de salud establecida en la "Norma para el manejo ambulatorio de malnutrición del niño/a menor de 6 años del 2007" y las establecidas en el programa de salud sexual y reproductiva. En el caso de niños/ as, los alimentos entregados son un adicional de producto lácteo y/o Mi Sopita, y para las gestantes y madres que amamantan un adicional de producto lácteo.

En el caso de enfermedad celiaca o excepciones en la distribución, se entrega Leche Purita Fortificada hasta los 5 años 11 meses 29 días a los niños y niñas portadores de enfermedad celiaca con certificación del profesional gastroenterólogo ó biopsia que acredite y confirme la patología, según lo establece el Ord. N° B34/ 2599 del 22 Junio del 2009.

PNAC Prematuros, los beneficiarios de este programa son recién nacidos con menos de 1.500 gramos y/o menos de 32 semanas de gestación egresados desde las Unidades o Servicios de Neonatología Públicos o Privados. La entrega de beneficios está condicionada al cumplimiento de las acciones de salud establecidas por el "Manual del Programa de Prematuros" (Resolución Exenta N° 386 del 9 de febrero de 2004) y a la presentación del formulario PNAC prematuro que especifica el producto y las cantidades que retirarán.

El Programa distribuye productos lácteos especiales para la condición biológica de estos niños/as y entrega Bebida Láctea Purita Mamá a las madres que mantienen lactancia materna exclusiva y/o predominante hasta los 6 meses de Edad Gestacional Corregida (EGC). Cuando el niño/a prematuro está hospitalizado (tras su nacimiento) y previo al alta, la madre tendrá derecho a retirar Bebida Láctea Purita Mamá, en el establecimiento donde se realizó su control de gestante. Para ello se requiere que el profesional del centro de salud acredite la condición de lactancia actual del niño/a prematuro⁹⁶.

La entrega de alimentos PNAC Prematuro se inicia después de inscribir al niño en el establecimiento del nivel primario de atención.

PNAC de Enfermedades Especiales, los beneficiarios de este programa son todos los niños/as y gestantes independientemente de su edad y situación previsional, con diagnóstico de fenilcetonuria (PKU), enfermedad orina olor a jarabe de arce, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia isovalérica y citrulinemia tipo 1. Dicho beneficio se entrega desde el nacimiento hasta los

⁹⁶ Cada vez que se haga entrega de Bebida Láctea Purita Mama se deberá evaluar la situación de lactancia materna para cada caso, determinando la cantidad necesaria de Bebida Láctea Purita Mama según:

- ✓ Lactancia materna exclusiva.
- ✓ Lactancia materna predominante: recibe más del 50% de leche materna.

La situación de Lactancia Materna se determina de acuerdo a:

- ✓ Estimar producción de leche por cuantificación de extracción o por pesada antes y después de mamar.
- ✓ Volumen requerido de alimentación: aproximadamente 200ml/kg/día.
- ✓ Restar volumen estimado leche materna al total requerido para calcular necesidad de fórmula.

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

17 años 11 meses y 29 días, mujeres PKU en etapa pre concepcional (si es posible 2 meses antes de la gestación).

Este subprograma considera como beneficio, sustitutos lácteos para fenilcetonúricos y sustitutos proteicos para otros errores innatos del metabolismo. Estos productos son libres de los aminoácidos comprometidos en la vía metabólica alterada y con vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales.

El retiro del sustituto lácteo sin fenilalanina y sustitutos proteicos se realiza mes a mes coincidiendo con las fechas de citación a control, debiendo el beneficiario estar inscrito en el programa de seguimiento, en el consultorio que le corresponda según su residencia y cumplir con los requisitos ya establecidos en el protocolo de seguimiento.

El sustituto lácteo sin fenilalanina y el sustituto proteico, es entregado sólo cuando el niño asiste a su control en el INTA de la Universidad de Chile y se entrega una receta médica con la cantidad de sustituto lácteo sin fenilalanina o sustituto proteico a entregar. El formulario especialmente diseñado para estos efectos, es llenado por el médico o el nutricionista del INTA.

Requisitos para el retiro de alimentos

Los requisitos para el retiro de alimentos son los siguientes:

- ✓ Estar inscrito en un establecimiento de Atención Primaria de Salud.
- ✓ Tener actividades de salud al día, según los requerimientos de cada programa.
- ✓ Tener vacunas al día según esquema ministerial vigente.
- ✓ Los beneficiarios del FONASA libre elección, ISAPRES o Fuerza Armadas (Extrasistema) deben presentar su formulario respectivo de FONASA libre elección, ISAPRES o FFAA que acredite condición nutricional, controles de salud y vacunas al día según esquema ministerial, y con la identificación del profesional que lo emite.
- ✓ Las gestantes y niños menores de 6 años, beneficiarios del Extrasistema que presenten malnutrición por déficit (Riesgo de desnutrir o desnutridos), para retirar alimentos deben presentar su formulario respectivo de FONASA libre elección, ISAPRES y FFAA que acredite condición nutricional, controles de salud y vacunas al día. Son reevaluados por un Nutricionista del establecimiento de Atención Primaria de Salud, antes de proceder a la entrega.
- ✓ Para retirar el producto del PNAC de Prematuros, se exige el formulario especial para ello que acredite su condición en el establecimiento de Atención Primaria de Salud y el documento de control de salud.
- ✓ Los beneficiarios del Extrasistema prematuros, nacidos con menos de 1.500 g y/o menos de 32 semanas de gestación, pueden retirar alimentos presentando su formulario de prematuro respectivo de atención médica especializada, que acredite cumplimiento de los controles de salud establecidos según norma del Ministerio de Salud y que tengan sus vacunas al día. Se entrega el beneficio previa reevaluación en el establecimiento (Ord. 15 AE/2435 del 10 de Mayo del 2004, Departamento Jurídica del MINSAL).
- ✓ En el caso que un niño/a menor de 6 años, se encuentre hospitalizado/a, podrá retirar los beneficios del PNAC que le serán entregados una vez dado de alta.
- ✓ Para población de paso dentro del país, que no estén inscritos en el establecimiento, se les autoriza la entrega de productos alimentarios, en cualquier Centro de atención Primaria de Salud del país, a aquellos beneficiarios que se encuentren fuera de su región, y que por fecha de citación les corresponda el retiro. Para ello deberá presentar su carnet de salud que certifique controles y vacunas al día.

1.2.1. Funciones del nivel ministerial

a) Departamento de Nutrición y Alimentos de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública.

En este ámbito se desarrollan esencialmente funciones rectoras y normativas, las que se desarrollan desde el Departamento de Nutrición y Alimentos (DNA), dependiente de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL) de la Subsecretaría de Salud Pública. En el equipo en comento debe existir un profesional encargado (a) de la gestión nacional del PNAC.

A saber, las funciones son:

- ✓ Estudiar, elaborar y proponer recomendaciones relativas a los aspectos técnicos, financieros y administrativos del Programa que permitan un mejor desarrollo de esta política pública en conjunto con otros integrantes de los División de Planificación Sanitaria y División de Finanzas y Administración Interna.
- ✓ Determinar, de acuerdo a la evidencia epidemiológica y científica, el tipo de alimentos y cantidades que se entregarán a los beneficiarios, según grupos de edad y riesgo específico.
- ✓ Determinar los criterios de focalización que condicionarán la priorización de los beneficiarios.
- ✓ Planificar las necesidades anuales de alimentos, de acuerdo a la información entregada por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), y la Autoridad Sanitaria de cada Región.
- ✓ Analizar y determinar la asignación presupuestaria para el Programa.
- ✓ Elaborar las bases técnicas de los productos del Programa.
- ✓ Participar en comisión de trabajo para revisar las bases administrativas y posteriormente otorgar el visto bueno.
- ✓ Coordinación con otras áreas de la Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales, DEIS, y otros.
- ✓ Ejecutar y enviar oportunamente los mandatos de compra para adquisición de productos a la CENABAST.
- ✓ Efectuar la validación técnica de las propuestas públicas.
- ✓ Participar en la elaboración de propuestas de adjudicación, para la Comisión de Adquisiciones de alimentos para los Programas.
- ✓ Revisar, evaluar y aprobar los Planes de Compra propuestos por CENABAST en los procesos de licitaciones.
- ✓ Revisar y aprobar la facturación CENABAST.
- ✓ Monitorear la demanda de productos del Programa.
- ✓ Velar por el cumplimiento periódico y en forma sistemática del programa, considerando la optimización de recursos, la gestión de la CENABAST, en el proceso de adquisición y distribución a la Red Asistencial como a los beneficiarios, mediante la obtención y análisis de registro estadístico adecuados, visitas en terreno y otros.
- ✓ Evaluar el desarrollo del Programa, en términos de cumplimiento, cobertura e impacto realizando las correcciones necesarias del mismo.
- ✓ Efectuar o apoyar investigaciones que permitan conocer aspectos del programa, (complementarios a la gestión habitual), tales como: evaluaciones costo/efectividad, costo/ beneficio, focalización, aceptación y uso de los productos que se entregan y otros.

⁹⁷ Este apartado se basa en el documento "Manual de Programas Alimentarios" de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud del año 2011.

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

Difundir el Programa y apoyar su implementación a través de actividades de motivación y educación orientadas hacia la población objetivo y los equipos de salud.

- ✓ Responder las solicitudes ciudadanas, respecto de los programas alimentarios, de las oficinas de información, reclamos, sugerencias y felicitaciones (OIRS) del MINSAL.

b) Unidad de Nutrición del Departamento de Atención Primaria de Salud y Redes Ambulatorias de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- ✓ Implementar las políticas públicas y normas referidas a nutrición y diseñar estrategias para poner en funcionamiento estos planes y programas.
- ✓ Dar cumplimiento a la normativa referida a nutrición en los establecimientos de la red asistencial.
- ✓ Coordinar la implementación de planes y programas con los distintos equipos de la red (Servicios de Salud y establecimientos de la red de asistencial).
- ✓ Desarrollar propuestas en los aspectos técnicos, administrativos y económicos del Programa y evaluar la necesidad de cambios, proponer estudios e innovaciones.

c) Funciones de la Central de Abastecimiento (CENABAST)

La CENABAST adquiere los productos necesarios para la ejecución del Programa y sus funciones están descritas en el capítulo quinto y sexto del Decreto Exento N° 784 del 2009.

En el Capítulo Quinto, la CENABAST se obliga a los siguientes servicios relacionados con la adquisición de los productos necesarios para la ejecución del Programa:

- ✓ Monitoreo de la demanda⁹⁸.
- ✓ Elaboración del plan de compras.
- ✓ Gestión de compras⁹⁹.
- ✓ Monitoreo de la calidad, entendiéndose por esto la verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas de los productos en forma sostenida y permanente.
- ✓ Gestión de abastecimiento y distribución.
- ✓ Administración de contratos (productos y servicios de transporte de estos).
- ✓ Coordinación permanente con equipo profesional del MINSAL en las áreas correspondientes.

En el Capítulo Sexto, la Institución se obliga con el MINSAL a:

- ✓ Mantener el abastecimiento permanente y oportuno.
- ✓ Informar al Ministerio trimestralmente de los resultados de los análisis de calidad de las partidas de los productos y de las acciones ejecutadas para mejorar las deficiencias que pudiesen existir por el no cumplimiento de las especificaciones técnicas.
- ✓ Facturar y remitir mensualmente al MINSAL dentro de los diez primeros días del mes siguiente.
- ✓ Informar trimestralmente sobre la vigilancia de la demanda de los productos al MINSAL.
- ✓ Atender a los clientes de la red usuaria de Atención Primaria de Salud¹⁰⁰.
- ✓ Participar permanentemente en los Comités Técnicos que el Ministerio de Salud constituya en los temas vinculados a los programas.

d) Funciones de otros Departamentos.

⁹⁸ Se refiere a supervisar la demanda de los establecimientos de APS de los distintos productos contemplados en el Programa.

⁹⁹ La gestión de compras significa que la CENABAST se encarga del proceso completo de compras, que va desde la elaboración de las bases de licitación hasta la adjudicación a uno o varios proveedores.

¹⁰⁰ Los clientes de la red usuaria de la atención primaria de salud son todas aquellas personas que son beneficiarias del Programa y que retiran en dichos establecimientos sus distintos productos

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Es responsabilidad del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL, obtener y procesar los datos de los registros estadísticos para una adecuada supervisión y evaluación del Programa. De igual forma, es parte de sus funciones revisar y generar las modificaciones necesarias en los registros estadísticos mensuales (REM), en conjunto con el DNA y la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).

Por otra parte, es responsabilidad del Departamento de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (DGTIC) del MINSAL, validar las soluciones tecnológicas que apoyen el modelo de registro en la Red Asistencial.

1.2.2. Funciones de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

1.2.2.1. Funciones de la SEREMI

La SEREMI es responsable de delegar la ejecución de las funciones y tareas de su responsabilidad, en un Nutricionista con dedicación exclusiva (jornada completa) por cada 300.000 inscritos. Este profesional deberá contar con formación en salud pública y administración, con una experiencia mínima de cuatro años en esta área, debiendo desarrollar las siguientes funciones:

- ✓ Monitorear y evaluar el Programa, coordinando acciones con el MINSAL (Subsecretaría de Salud Pública, DNA), CENABAST y los establecimientos de Atención Primaria, para dar cumplimiento a su ejecución en la red asistencial.
- ✓ Solicitar mensualmente a la CENABAST los productos necesarios para la ejecución del programa, según movimiento de existencia.
- ✓ Informar a CENABAST, dentro de los plazos establecidos, el movimiento mensual de los productos (productos adquiridos, distribuidos, saldos y mermas del mes anterior).
- ✓ Planificar en base a la demanda mensual, la distribución de los productos, desde los puntos de recepción en que los entrega la CENABAST hasta los establecimientos, a través de la coordinación entre los Servicios de Salud y las Municipalidades, según corresponda.
- ✓ Asegurar que la entrega de productos a los beneficiarios se haga de acuerdo a las normas impartidas por el MINSAL.
- ✓ Supervisar, orientar y evaluar todas las actividades del Programa, en establecimientos de administración municipal delegados, dependientes de los Servicios de Salud u otros.
- ✓ Analizar e informar al MINSAL, los resultados de evaluaciones en el sistema de vigilancia de la situación alimentario nutricional en la región, cobertura del programa en la población de mayor riesgo y comparar su comportamiento con años anteriores. Remitir este informe en los meses de Junio y Diciembre.
- ✓ Mantener un apoyo permanente hacia los equipos locales de ejecución del programa, para resolver problemas y eventualidades que puedan trastocar el buen funcionamiento de éste, mediante reuniones de coordinación con los nutricionistas encargados de los programas alimentarios de los diversos establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), además de evaluar consensuar y orientar todo lo concerniente a la operatividad del nivel de ejecución.
- ✓ Difundir las políticas y normas que emanen del nivel central, asesorar y supervisar su implementación.
- ✓ Cumplir con las acciones de fiscalización referentes a alimentación y nutrición que señala la Ley de Autoridad Sanitaria, reglamentos y aquellas encomendadas mediante convenio.
- ✓ Cautelar que se efectúe una adecuada rotación en las bodegas intermedias de las existencias, para evitar pérdidas por vencimiento de los productos.
- ✓ Consolidar la información de mermas recibidas y enviarlo mensualmente a CENABAST, en formulario estandarizado, más la resolución respectiva de la destrucción de las mermas.
- ✓ Gestionar la desnaturalización de mermas, según sea requerido, en coordinación con el Departamento de Acción Sanitaria de la SEREMI.

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

- ✓ Realizar o apoyar investigaciones relacionadas con Programa y su impacto en la salud de la población.
- ✓ Promover y apoyar las instancias de capacitación necesarias a los encargados del Programa en la APS.
- ✓ Adoptar las medidas sanitarias en el ámbito alimentario nutricional según corresponda.
- ✓ Evaluar la cobertura del Programa priorizando en los grupos de población de mayor vulnerabilidad social y malnutrición por déficit.

1.2.2.2. Funciones del Funcionario Administrativo de la(s) bodega(s) intermedias.

Para asegurar el abastecimiento de productos a los establecimientos de atención primaria más distantes, algunas regiones del país cuentan con bodegas de acopio de alimentos. Estas bodegas deben ser supervisadas por el encargado del PNAC de la SEREMI respectiva que cuente con este sistema.

Es responsabilidad de un funcionario administrativo capacitado en el manejo de bodegas, realizar las siguientes tareas:

- ✓ Recepcionar los productos provenientes desde la CENABAST o Proveedores, los cuales deben ir acompañadas de la respectiva guía de despacho. En esta guía se registra: fecha de recepción, tipo de producto, número de kilos, número de cajas, firmando el documento en conformidad o con observaciones. En ningún caso se deberán aceptar cajas en mal estado (deteriorada, rotas, húmedas, mal selladas, reselladas entre otros).
- ✓ Posterior a la verificación de la guía de despacho recibida, se procede a llenar el formulario oficial P250 de recepción de productos, con firma y timbre del bodeguero que recibe y del chofer encargado del traslado quien se llevará el original y quedará una copia en bodega y otra para la SEREMI. En el momento de la recepción en la sección observaciones se deben registrar los lotes recibidos y las fechas de vencimiento, además de todas las novedades ocurridas con los productos.
- ✓ Al momento de recepcionar los productos estos tienen una fecha de vencimiento mayor a seis meses.
- ✓ Almacenar correctamente los alimentos (no más de cinco cajas apiladas unas sobre otra), ordenándolos según tipo y fecha de elaboración, dando salida primero a las más antiguas.
- ✓ Mantener actualizado el inventario de la bodega.
- ✓ Identificar cada partida con un letrero indicando la fecha de recepción, fecha de vencimiento, cantidad y planta elaboradora, para asegurar una adecuada circulación de los alimentos.
- ✓ Distribuir los alimentos a la red de APS de acuerdo a lo solicitado en forma mensual.
- ✓ Elaborar tarjeta BINCARD para las mermas, en base a los formularios de traslado recibidos durante el mes.
- ✓ Elaborar el resumen mensual de mermas para su posterior desnaturalización.
- ✓ Resguardar que las instalaciones de la bodega de acopio permanezca en óptimas condiciones para almacenamiento de alimentos.
- ✓ Mantener información directa y fluida con el encargado de los programas alimentarios de la región.

1.2.3. Funciones de los Servicios de Salud.

Las funciones de los Servicios de Salud están contenidas en el ORD. B34/3362, Materias y funciones relativas a la nutrición y alimentación, del 13 de Junio del 2008. A saber:

- ✓ Apoyar como intermediario la gestión del Programa incluido el monitoreo de registro estadístico mensual y evaluar el grado de cumplimiento de los mismos en su área de competencia.
- ✓ Dar apoyo a la gestión del Programa, tanto en su propia red asistencial como en lo que requiriera la SEREMI correspondiente.

1.2.4. Funciones en Atención Primaria de Salud (APS)

Las funciones en la APS están concentradas en los siguientes cargos:

1.2.4.1. Director del Establecimiento

Es responsabilidad del Director del establecimiento velar por el buen funcionamiento del Programa, generando las condiciones necesarias para su correcta ejecución, tales como:

- ✓ Contar con los recursos humanos de acuerdo al indicador establecido para dichos fines en el Manual de Programas Alimentarios.
- ✓ Contar con los recursos físicos adecuados.
- ✓ Implementar un plan anual de sanitización de la bodega.
- ✓ Designar a través de un documento escrito al personal titular y de reemplazo para el desempeño de las funciones de los programas alimentarios
- ✓ Asegurar, al Técnico Paramédico encargado de la entrega de alimentos directa a usuarios, con la póliza de fidelidad funcionaria.
- ✓ Gestionar la capacitación continua de los funcionarios del Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) en registros relacionados con entrega de productos de los programas alimentarios.
- ✓ Supervisar la adecuada implementación del documento de registro del Programa, los cuales deben ser solo emitidos por el SOME y debiendo contener el nombre, fecha de apertura del documento y firma del funcionario responsable.
- ✓ En caso de pérdida del documento que acredita el control de salud del usuario, los duplicados sólo podrán ser emitidos por el SOME, se consignará este hecho en la ficha clínica y en la tarjeta del Programa.
- ✓ Solicitar informe de auditorías internas del Programa.

1.2.4.2 Jefe/a Encargado/a del Programa en la APS¹⁰¹.

Las funciones son:

- ✓ Estimar las necesidades de productos, en base a la población inscrita y el esquema de distribución de productos vigente.
- ✓ Mantener contacto directo con la SEREMI, por necesidades emergentes.
- ✓ Supervisar diariamente el registro del movimiento de productos del PNAC, incluyendo movimientos de traspaso, lo que debe quedar respaldado.
- ✓ Supervisar el movimiento de productos en bodegas, de acuerdo al sistema FEFO (lo que primero expira, primero sale).
- ✓ Fomentar la adecuada utilización de los productos mediante sesiones educativas al equipo de salud y población usuaria, realizando degustaciones, cada vez que se incorpore un nuevo producto.
- ✓ Capacitar en el manejo del Programa a los auxiliares paramédicos de alimentación que desempeñen sus funciones en el box de entrega de alimentos.
- ✓ Realizar auditorías periódicas y llevar registro (al menos semestralmente) con el propósito de verificar la ejecución de los programas, es decir, el correcto funcionamiento (analizando documentos de población bajo control, registros de controles de salud en ficha clínica, registro de retiros de productos), informando de ellas al director del establecimiento.

¹⁰¹ Si la población asignada al establecimiento es hasta 20 mil personas el período de supervisión diario es de 1 hora, si es mayor a 20 mil y hasta 35 mil el período es de 1,5 horas diarias y superiores a 35 mil la supervisión es de 2 horas diarias.

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

- ✓ Comparar mensualmente la cifra de población que retira productos y la población bajo control, verificando que el grupo en riesgo que retira alimentos es similar a la categoría respectiva bajo control en el establecimiento, ya que estos beneficiarios deben ser controlados mensualmente. En ningún caso, la población que retira productos puede superar al bajo control informada semestralmente al Servicio de Salud respectivo.
- ✓ Comparar periódicamente el registro de inasistentes a control de embarazo y control de crecimiento y desarrollo con el sistema de registro de inasistentes del Programa.
- ✓ Los recursos financieros obtenidos por la enajenación de las cajas vacías, deberán ser administrados por el supervisor encargado del programa.
- ✓ Supervisar el registro estadístico diario y mensual, referente a recepción, distribución, saldos y mermas, como asimismo en lo concerniente a personas atendidas. Esta supervisión debe ser firmada por el/la Nutricionista supervisora cada vez que lo efectúe manualmente. En caso que se cuente con registro electrónico, deberá existir un validador que respalde la acción de supervisión.
- ✓ Confeccionar informe de faltantes. En caso de distribución directa se deberá informar a CENABAST, específicamente a los encargados por zonas de compra y a la empresa proveedora en el plazo máximo de 72 horas.
- ✓ Verificar el cierre de estadística en registro diario mensual y confeccionar el formulario REM. En caso que se cuente con registro electrónico, deberá existir un validador que respalde la acción de supervisión.
- ✓ Remitir los REM, en forma digital o manual, la información estadística, al Departamento de Estadística del Servicio de Salud respectivo, dentro de los primeros 2 días hábiles del mes siguiente.
- ✓ Enviar a coordinación del Programa de la SEREMI, dentro de los 2 primeros días hábiles del mes siguiente, las necesidades de los alimentos para el mes, fraccionado de acuerdo a las capacidades de las bodegas y formulario de respaldo de mermas.
- ✓ En caso de existir sospecha de un producto no apto para el consumo, comunicar a la coordinación del Programa de la SEREMI, para que intervenga el Departamento de Acción Sanitaria.
- ✓ Será responsabilidad del Nutricionista Supervisor cautelar que se efectúe una adecuada rotación de la existencia de productos, para evitar pérdidas por vencimiento de estos.
- ✓ Realizar actividades educativas y de promoción a los beneficiarios y capacitación a los encargados de distribución y bodega de alimentos. Las actividades educativas complementarán las realizadas por los profesionales que otorgan la atención, quienes serán los responsables de instruir al beneficiario en el correcto uso y destino de los alimentos y difundir hábitos de higiene y manipulación adecuada. Es recomendable realizar demostraciones con degustación, en periodos de ingreso de nuevos productos, baja adherencia y cambios de formulación. El egreso de estos productos se registrará en formulario de REM, en egresos por demostración.
- ✓ Mantener un libro o registro digital de Novedades en el que se debe consignar ingresos, inasistentes y egresos, informando por escrito al equipo de salud correspondiente. Esta información debe ser facilitada por el SOME.
- ✓ Participar en actividades de evaluación, investigación, auditorías y otras realizadas a fin de asegurar el buen funcionamiento del Programa.
- ✓ Supervisar al personal técnico encargado de la recepción y distribución de los productos del Programa.

1.2.4.3. Auxiliar Paramédico en la APS

Las funciones son:

- ✓ Verificar siempre que los registros de entrega de productos hayan sido correctamente consignados por el SOME.
- ✓ Realizar la entrega de alimentos de acuerdo a lo establecido para dichos fines en el Manual de Programas Alimentarios.

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

- ✓ Revisar el documento de control de salud del beneficiario, para certificar la asistencia regular a los controles establecidos por el nivel ministerial y verificar que la fecha en que acude coincida con la citación registrada para su próximo retiro de producto.
- ✓ Dejar registro de la cantidad, tipo de alimentos y fecha de entrega de productos en el documento de control de salud (Agenda de la mujer, Cuaderno del niño, Carne de control de salud del Adulto Mayor) y en registro manual o electrónico de entrega de productos del Programa.
- ✓ Citar para la próxima entrega de alimentos, dejando registrado en el documento de control de salud y en registro manual o electrónico de entrega de productos del Programa. Dicha citación debe ser cada treinta y sesenta días calendario según corresponda entrega mensual o bimensual, en este último caso se hace referencia a la población mayor de dos años.
- ✓ Confeccionar la estadística diaria verificando los saldos de alimentos.
- ✓ Identificar mensualmente a niños/as con malnutrición por déficit o vulnerabilidad social, inasistentes a retiro de alimento, para su rescate por el equipo de salud.
- ✓ Mantener actualizado el registro diario mensual, el movimiento de usuarios, ingresos y egresos, inasistentes (especificar causal de egresos, tales como, traslado, fallecimiento, etc.).
- ✓ Completar formulario de resumen mensual de mermas, con el objetivo de respaldar lo informado en los REM.
- ✓ En caso de producirse faltantes debe informar inmediatamente a el/la Nutricionista Supervisor.
- ✓ Llevar registro por cada tipo de alimento para el control de existencias en todas las bodegas donde se almacenen productos del Programa. Dicho registro deberá consignar: fecha de recepción, cantidad, procedencia, fecha de salida o egreso, destino, número de guía y saldo, el cual debe coincidir con el saldo del registro diario mensual. Es responsable del manejo de este registro, debiendo mantenerlo estrictamente al día, especificando claramente la existencia actual
- ✓ Mantener un letrero en cada partida, indicando la fecha de recepción, fecha de vencimiento y cantidad. Este sistema obligará a la adecuada rotación de los alimentos. Siempre deberá darse salida primero a las partidas más antiguas (Sistema FEFO).
- ✓ El encargado de bodega deberá estar disponible, para recibir los envíos de los alimentos, dentro del horario de atención del establecimiento.
- ✓ En el momento de recepcionar alimentos será de responsabilidad del encargado de bodega, controlar su estado y cantidad, verificar las fechas de vencimiento y otras especificaciones de las guías de entrega y firmar este documento. Cerciorarse de que la fecha de vencimiento sea mayor a 6 meses desde la recepción en bodega del producto. En ningún caso se deberá recepcionar cajas en mal estados (deteriorados, rotos, con mal sellado o doble sello).
- ✓ Al recepcionar alimentos, se requiere completar el formulario de recepción en bodega, anotando en él los datos de identificación del conductor, patente del vehículo, fecha de elaboración o vencimiento del producto y hora de recepción del pedido en este formulario, la primera hoja original es para el transportista, la segunda para la bodega y la tercera para las estadísticas de la SEREMI.
- ✓ En caso de contar con un solo funcionario en box, durante el tiempo que se realiza la recepción de alimentos, se suspenderá la entrega de productos al público.
- ✓ Controlar que los envases de los productos cumplan con las disposiciones sanitarias vigentes, especialmente en cuanto a la rotulación de las etiquetas, el estampado de la fecha de elaboración, la integridad de las cajas y bolsas. Verificar en balanza al azar el peso de 20 k por caja.
- ✓ Almacenar los alimentos, no más de cinco cajas una sobre otra, ordenándolos según tipo y fecha de elaboración.

1.3. Flujos de las principales actividades del Programa

La Unidad encargada del Programa, que llamaremos la Unidad, perteneciente al DNA, ver Esquema N° 1, elabora las bases técnicas (BT) para las licitaciones de los distintos productos que se entregan a los beneficiarios del Programa. Una vez realizada las BT son enviadas a la Central de Abastecimiento (CENABAST) para que forme parte de las bases de licitación.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Conjuntamente con la entrega de las BT, la Unidad informa, en función de lo aprobado por la Ley de Presupuestos y la estimación de demanda que realiza, entre otros, utilizando el gasto histórico en los distintos componentes del PNAC, los recursos financieros a destinar a la licitación. Realizada dicha determinación presupuestaria se desarrollan y envían los mandatos de compra de los distintos productos a la CENABAST.

El componente administrativo de las bases es elaborado por la CENABAST y, según lo informado por la Institución, responden a un modelo que cuenta con la aprobación de la Contraloría General de la República.

Con los mandatos de compra en cuestión, la Central elabora los distintos planes de compra para las 5 zonas geográficas determinadas para el programa, los cuales son revisados y aprobados por la Unidad encargada del PNAC.

Posteriormente, la CENABAST publica la licitación en el portal web Mercado Público.

Con la publicación en comento, se inicia el proceso de licitación de los distintos productos del Programa incorporados en las bases. Los pasos siguientes son la recepción y validación administrativa de las ofertas presentadas en el portal. Posteriormente, la Unidad, en conjunto con CENABAST, valida técnicamente las propuestas presentadas y participa en la Comisión Evaluadora, la que, en el caso de las licitaciones hasta UF 3.000, emite un informe con sus análisis a los decisores de política. Para las licitaciones superiores al valor anteriormente mencionado, la CENABAST prepara los informes para la comisión de adquisiciones.

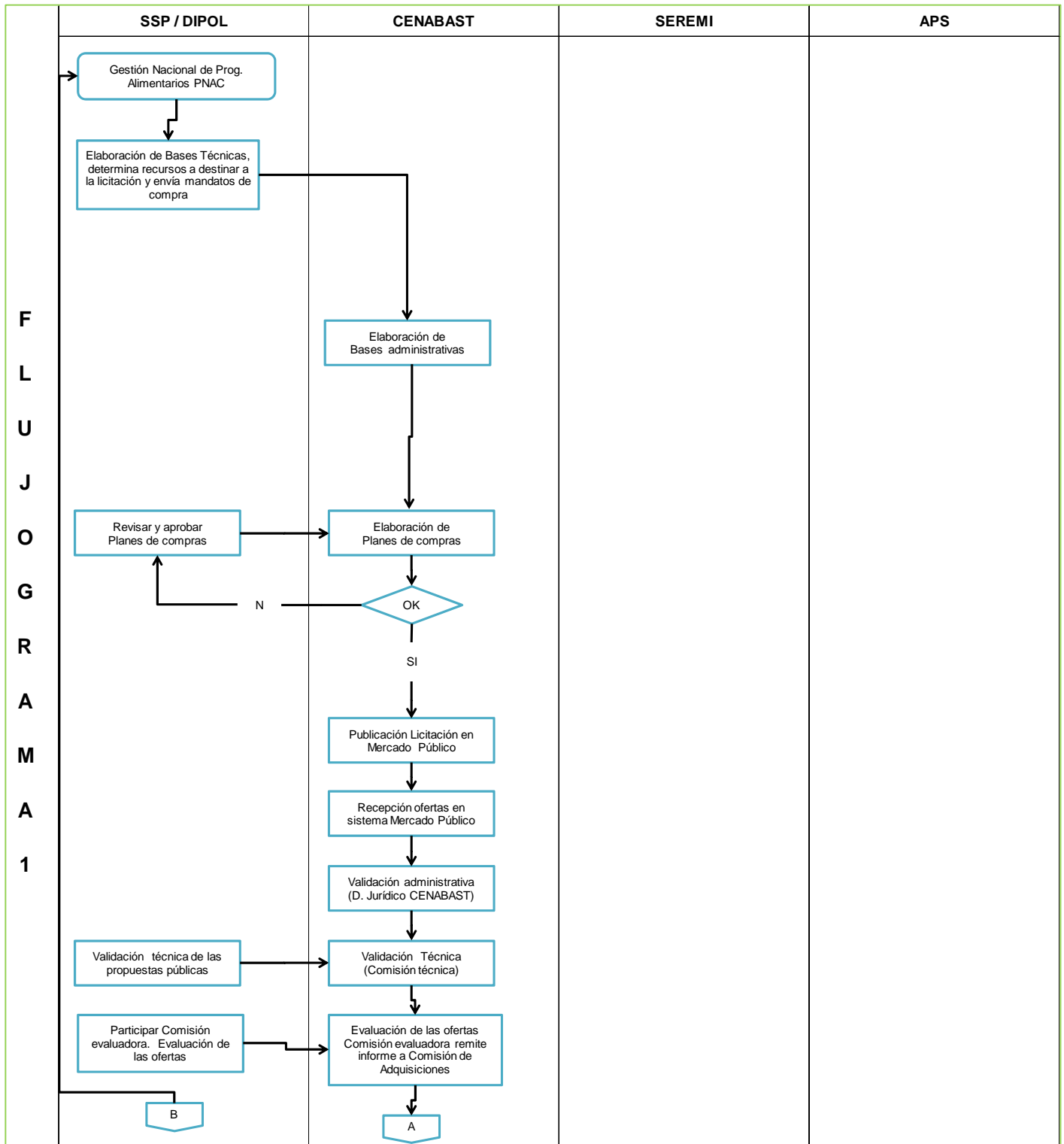
Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Esquema N° 1

Flujograma de actividades hasta la elaboración del informe por la Comisión Evaluadora de la licitación de productos del Programa¹⁰²

¹⁰² Fuente del esquema; elaboración propia en base a documentos "Programas Alimentarios" del Departamento de Alimentación y Nutrición, "Manual de Programas Alimentarios" de la Subsecretaría de Salud Pública y entrevistas realizadas con representantes de CENABAST y del PNAC.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión



El Esquema N° 2 presenta las actividades desarrolladas por la DIPOL, la CENABAST, la SEREMI y los establecimientos de la APS en el Programa Nacional de Alimentación Complementarias.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Como se observa en el Esquema, la DIPOL participa en la Pre Comisión de Adquisiciones de la CENABAST. Si la licitación es menor de UF 3.000 la resuelve el Director de la CENABAST. En caso contrario, la resuelve la Comisión de Adquisiciones que también cuenta entre otras autoridades con la participación del Ministro de Salud, Subsecretario de Salud Pública, Subsecretario de Redes Asistenciales y algunos directores de Servicios de Salud.

Una vez resuelta y adjudicada la licitación, viene el proceso de administración de contratos por parte de la CENABAST.

Posteriormente, con la participación de la DIPOL, la Central de Abastecimiento inicia el monitoreo de la calidad según los estándares establecidos en la licitación y en la oferta de los productos del Programa. El proceso de certificación de calidad es realizado cada 100 toneladas de producción y es desarrollado por el Instituto de Ciencia y Tecnología de Alimentos, ICYTAL, perteneciente a la Universidad Austral de Chile¹⁰³. Dicha institución es la que finalmente certifica la calidad de los productos para ser consumidos por los usuarios del Programa.

Una vez aprobado dicho monitoreo, la Central libera los productos y se inicia su proceso de abastecimiento y distribución hacia las bodegas y establecimientos de la APS.

Las etapas siguientes, que cuenta con la participación de la CENABAST y la DIPOL, son vigilancia de la demanda, monitoreo de la calidad y la revisión y autorización de la facturación. Cada una de estas etapas cuenta con la preparación de informes al Ministerio de Salud, en el caso de las dos primeras es trimestral y para la última es mensual.

Respecto a la facturación, el proceso se inicia con la solicitud de los productos por parte de los establecimientos de la APS, dicha información es entregada a la CENABAST la que consolida y envía a cada proveedor las cantidades de los distintos productos a despachar a los distintos centros de acopio, bodegas intermedias y establecimientos. Los establecimientos, al recibir las distintas cantidades y productos despachados por los proveedores, emiten el formulario oficial P25¹⁰⁴.

Posteriormente, la CENABAST solicita a los distintos oferentes que informen los productos entregados durante el período de análisis, aproximadamente entre el 26 del mes anterior y el 25 del mes presente. Las empresas le remiten los formularios P250, acompañados de las guías de despacho, debidamente firmados por los representantes de la APS, conjuntamente con las facturas respectivas. El siguiente paso de la CENABAST es cotejar las órdenes de compra con las guías y facturas. Después, todas aquellas que cuentan con el visto bueno de la Central forman parte de su factura emitida al Ministerio de Salud, la que además contiene su comisión. Finalmente, el Ministerio las revisa y, según corresponda, procede a su pago a la CENABAST.

El último estadio que cuenta con la participación de la CENABAST y la DIPOL, pero de forma separada, son las respuestas a los clientes de la APS y a las solicitudes de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), respectivamente.

¹⁰³ El ICYTAL es la institución que históricamente ha realizado el proceso de certificación de calidad de los productos lácteos contemplados en el Programa.

¹⁰⁴ En el documento P250 se registran, entre otros, el productos, los kilos, las cajas, fechas de vencimiento y los números de la guías de despacho del proveedor respectivo.

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

La SEREMI inicia su participación, una vez resuelta la licitación, con la implementación del Programa en la APS, en particular con una capacitación, la que en algunas ocasiones incorpora a la CENABAST, destinada a explicar los productos y condiciones de entrega, los nuevos proveedores, las metas y objetivos del Programa así como a reiterar los procesos y procedimientos y su cumplimiento en los distintos centros de distribución.

Una vez realizada la capacitación, la APS informa a CENABAST y a la SEREMI respectiva de las necesidades mensuales de productos. La SEREMI revisa la información en cuestión, la entrega a la CENABAST y planifica la distribución de los productos.

Posteriormente, la APS participa en la etapa de recepción de productos y en el proceso de control de stock que contiene las actividades de control, entrega de los productos a los usuarios, control de mermas y pérdidas de productos. En el control de mermas, la Central informa a los proveedores para que los retiren de los establecimientos. Por último, la APS realiza sus informes de gestión que son entregados a las SEREMI respectivas.

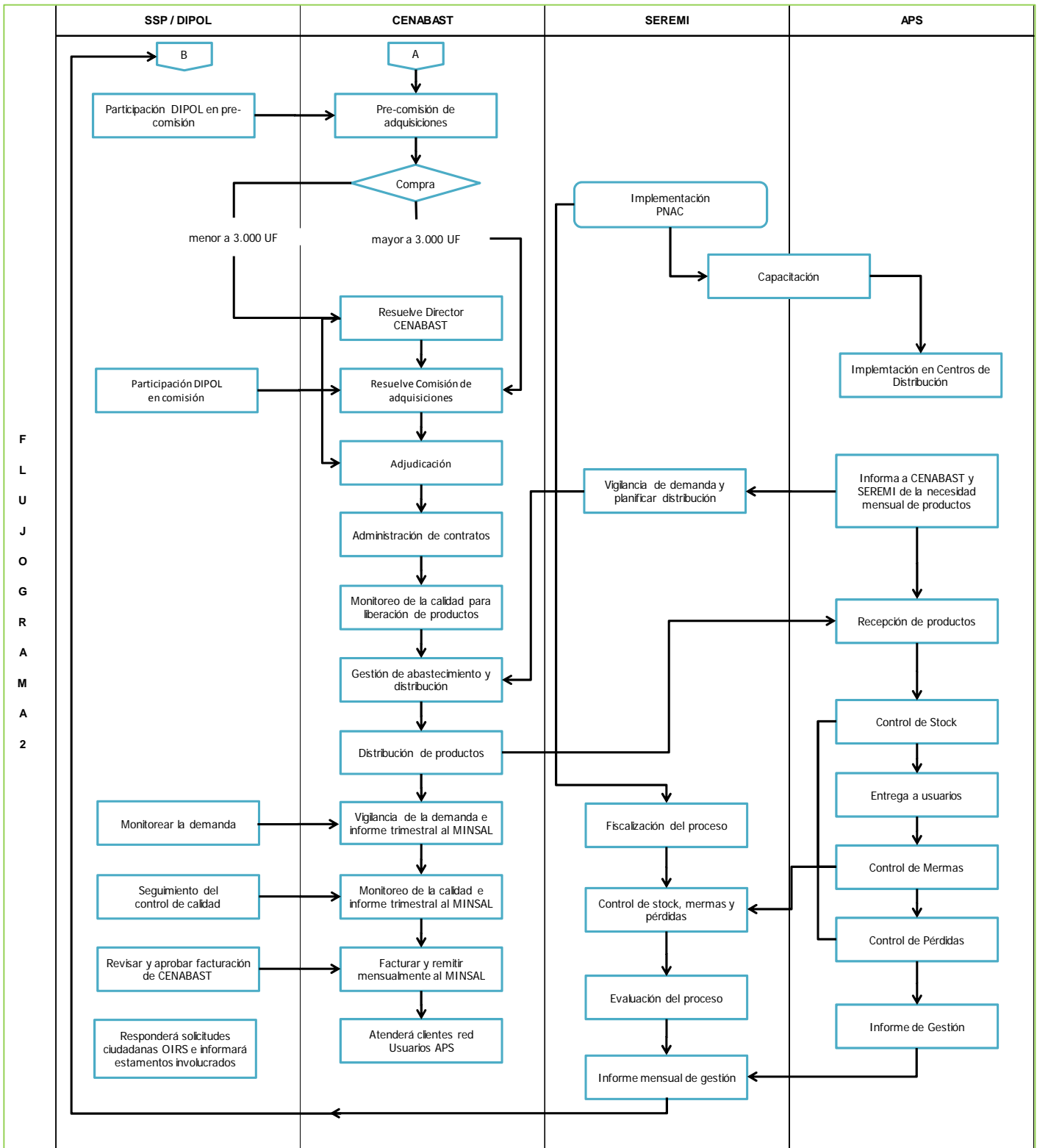
Por su parte, la SEREMI participa en el proceso de fiscalización del proceso de control del Programa así como en la evaluación del proceso en cuestión desarrollado en los establecimientos de APS. Finalmente, elabora un informe mensual de gestión de los establecimientos de su Región para ser entregado al Ministerio. En el Ministerio de Salud el informe es recibido por el Departamento de Nutrición y Alimentos (DNA), el que a su vez emite un reporte resumen para el Subsecretario de Salud Pública.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Esquema N° 2
Flujograma de actividades hasta la elaboración del informe mensual del Programa al
Ministerio de Salud¹⁰⁵

¹⁰⁵ Fuente del esquema; elaboración propia en base a documentos “Programas Alimentarios” del Departamento de Alimentación y Nutrición, “Manual de Programas Alimentarios” de la Subsecretaría de Salud Pública y entrevistas realizadas con representantes de CENABAST y del PNAC.

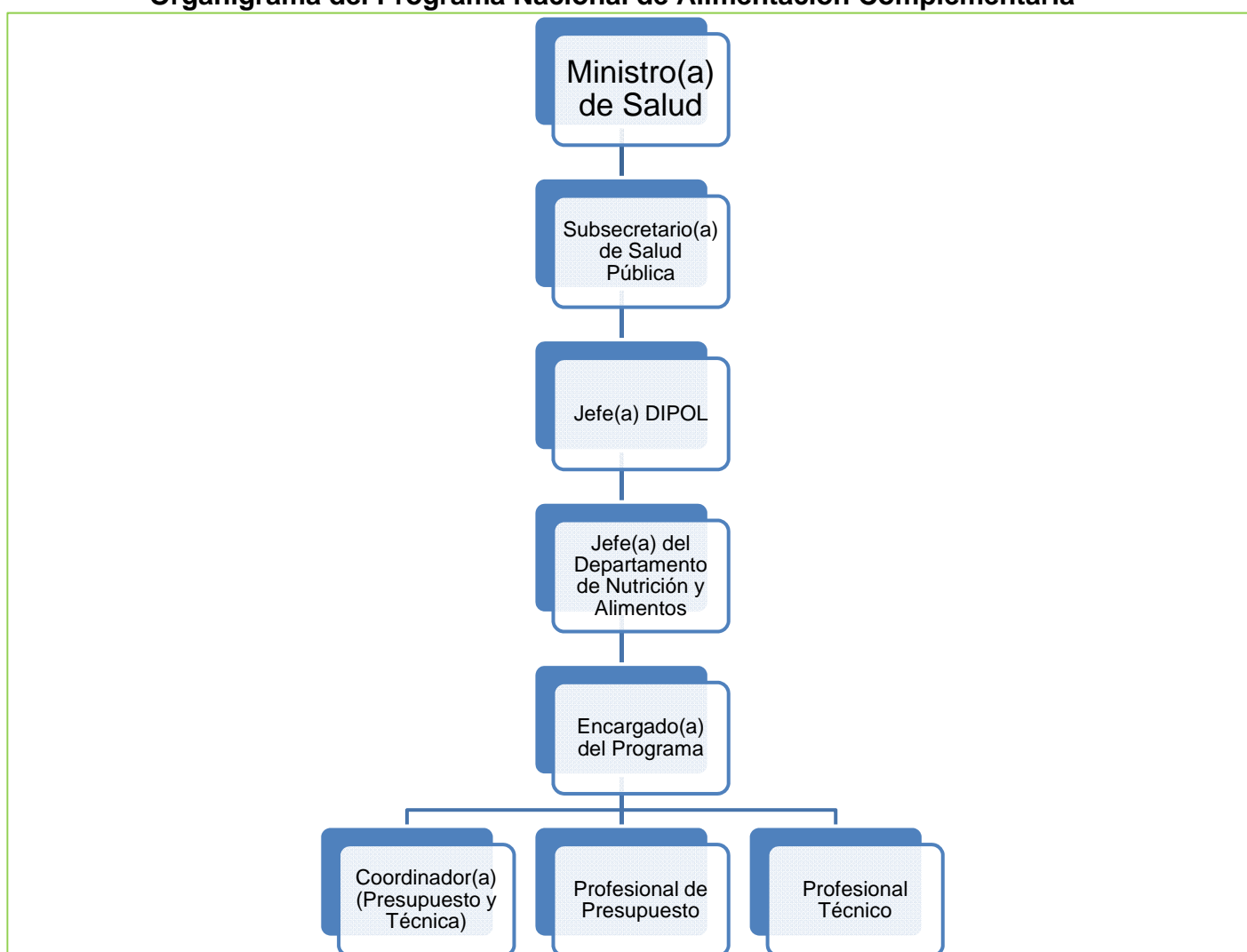
Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión



2. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.

En el Esquema N° 3 se presenta el organigrama del PNAC. Como se observa el Programa está inserto en el DNA de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción perteneciente a la Subsecretaría de Salud Pública. Específicamente, al interior del Departamento cuenta con una Unidad que dispone de un responsable, el Encargado (a) Nacional del PNAC, del cual a su vez dependen funcional y jerárquicamente tres (3) profesionales en igual nivel de responsabilidad.

Esquema N° 3
Organigrama del Programa Nacional de Alimentación Complementaria¹⁰⁶



Las funciones de la Unidad son¹⁰⁷:

¹⁰⁶ Fuente del esquema; elaboración propia en base a entrevistas realizadas con el Encargado del PNAC y el Jefe del Departamento de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud.

¹⁰⁷ La fuente utilizada es el documento "Manual de Programas Alimentarios" de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud del año 2011.

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

- ✓ Estudiar, elaborar y proponer recomendaciones relativas a los aspectos técnicos, financieros y administrativos del Programa que permitan un mejor desarrollo de esta política pública en conjunto con otros integrantes de la División de Planificación Sanitaria y de la División de Finanzas y Administración Interna.
- ✓ Determinar, de acuerdo a la evidencia epidemiológica y científica, el tipo de alimentos y cantidades que se entregarán a los beneficiarios, según grupos de edad y riesgo específico.
- ✓ Determinar los criterios de focalización que condicionarán la priorización de los beneficiarios.
- ✓ Planificar las necesidades anuales de alimentos, de acuerdo a la información entregada por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) y la Autoridad Sanitaria de cada Región.
- ✓ Analizar y determinar la asignación presupuestaria para el PNAC.
- ✓ Elaborar las bases técnicas de los productos del Programa.
- ✓ Participar en comisión de trabajo para revisar las bases administrativas y posteriormente otorgar el visto bueno.
- ✓ Coordinación con otras áreas de la Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales, DEIS, y otros.
- ✓ Ejecutar y enviar oportunamente los mandatos de compra para adquisición de productos a la CENABAST.
- ✓ Efectuar la validación técnica de las propuestas públicas.
- ✓ Participar en la elaboración de propuestas de adjudicación, para la Comisión de Adquisiciones de alimentos.
- ✓ Revisar, evaluar y aprobar los Planes de Compra propuestos por CENABAST en procesos de licitaciones.
- ✓ Revisar y aprobar la facturación CENABAST.
- ✓ Monitorear la demanda de productos del Programa.
- ✓ Velar por el cumplimiento periódico y en forma sistemática del PNAC, considerando la optimización de recursos, la gestión de la CENABAST, en el proceso de adquisición y distribución a la Red Asistencial como a los beneficiarios, mediante la obtención y análisis de registro estadístico adecuados, visitas en terreno y otros.
- ✓ Evaluar el desarrollo del Programa, en términos de cumplimiento, cobertura e impacto realizando las correcciones necesarias del mismo.
- ✓ Efectuar o apoyar investigaciones que permitan conocer aspectos del programa, complementarios a la gestión habitual, tales como: evaluaciones costo/efectividad, costo/beneficio, focalización, aceptación y uso de los productos que se entregan y otros.
- ✓ Difundir el Programa y apoyar su implementación a través de actividades de motivación y educación orientadas hacia la población objetivo y los equipos de salud.
- ✓ Responder las solicitudes ciudadanas, respecto de los programas alimentarios, de las oficinas de información, reclamos, sugerencias y felicitaciones (OIRS) del MINSAL.

Las otras instituciones que participan son la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la CENABAST, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, los Servicios de Salud y los establecimientos de la Atención Primaria de Salud. Las funciones de cada una de ellas se encuentran descritas en la sección 1.2.

La Tabla N° 1 contiene el número de personas que desarrollan las distintas funciones. Como se observa, el número de personas que participan directamente en la gestión directiva del Programa por cada una de las instituciones involucradas no es significativa, dado los recursos involucrados y su cobertura territorial. Este bajo número de personas no facilita la coordinación entre las distintas instancias participantes, ya que deben destinar gran parte de su tiempo laboral a realizar las variadas funciones descritas en el Manual del Programa. Esto tampoco ayuda con la definición e implementación de políticas de control, evaluación y retroalimentación con los distintos estamentos del PNAC así como a realizar y/o contratar investigaciones de impacto y aceptabilidad de sus

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

distintos componentes, análisis de mercado nacional e internacional para los precios corrientes y futuros de sus distintos productos como insumos de las licitaciones y en aspectos de gestión global tales como la conveniencia de disponer de sistemas de información (para obtener la trazabilidad de los productos desde su compra hasta su consumo), control de inventarios, mermas y pérdidas de productos, actividades destinadas a mejorar permanentemente el Programa y que requieren un número mínimo de personal para ser diseñadas, ejecutadas y, sobre todo, controladas y evaluadas.

Tabla N° 1
Número de personas por Institución que participan en el PNAC¹⁰⁸¹⁰⁹

Institución	Número de Personas	Número de Instituciones	Total de Personas	Total de Jornadas Laborales
MINSAL ¹¹⁰	7	1	7	4
CENABAST	3	1	3	3
Servicios de Salud	1	29	29	29
SEREMI	1	15	15	7,5
Establecimientos de Atención Primaria de Salud	2	1.834	3.668	3.668

Por otro lado, si bien la Unidad Encargada del Programa tiene potestad (por su responsabilidad) sobre las distintas personas que desarrollan las actividades en las otras Instituciones involucradas, por ser los responsables del PNAC, no cuenta con la autoridad directa para instruir desarrollar diversas actividades, entre ellas las de control, ya que no dependen funcionalmente de la Unidad en cuestión.

De igual forma, no disponen de instancias formales de coordinación entre los distintos participantes del PNAC que podrían facilitar el desarrollo de actividades tendientes a mejorar el cumplimiento de los objetivos del Programa¹¹¹. Aún más, si bien disponen de un manual de nombre “Manual de Programas Alimentarios”, que en parte de sus contenidos está destinado al PNAC, la ausencia de instancias formales de coordinación no permite realizar un monitoreo y seguimiento cabal de sus distintos procedimientos y procesos para optimizar su funcionamiento.

Respecto a las posibles complementariedades del PNAC, actualmente la entrega de los distintos productos que forman parte del Programa, con excepción de los beneficiarios de los programas especiales que disponen de un proceso de control ad hoc, requieren pasar por el Control del Niño Sano. Esta complementariedad es especialmente fuerte hasta los 24 meses de edad, edad hasta la cual los controles son mensuales. Posteriormente son semestrales y si bien se mantiene la restricción para la entrega de los productos su importancia en el estado nutricional de los niños disminuye¹¹².

No obstante tener como “clientes” potenciales a la misma población objetivo, el PNAC y el Control de Niño Sano tienen objetivos distintos, donde el norte del primero es contar con una población bien nutrida.

¹⁰⁸ Fuente de la tabla; información proporcionada por el Encargado del Programa.

¹⁰⁹ Si bien las personas del MINSAL y la SEREMI son 4 y 1, respectivamente, las jornadas de trabajo son 3 y 0,5.

¹¹⁰ El número de personas consideradas incluye a las 4 personas de la Unidad encargada del programa y a los superiores, Jefe del Departamento de Nutrición y Alimentos, Jefe de la DIPOL y Subsecretario de Salud Pública.

¹¹¹ Las instancias formales de coordinación se refieren a la existencia de un programa mensual, semestral o anual de reuniones, incluso virtuales, para intercambiar información del Programa así como para desarrollar actividades permanentes de evaluación y seguimiento de sus distintas esferas.

¹¹² Los controles del niño sano tienen igual periodicidad para todos los niños, independiente de su sistema previsional de salud.

3. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago.

En el caso del PNAC, si bien es un programa que se ejecuta en los distintos establecimientos de atención primaria existentes en el territorio nacional, los recursos financieros asignados para su ejecución al Ministerio de Salud no son distribuidos territorialmente (regiones – provincias - comunas o alternativamente a los Servicios de Salud – comunas), sino que son traspasados desde el MINSAL a la CENABAST a través del Convenio de Colaboración del 18 de junio de 2009 y de las reglas de pago y sanciones establecidas en las bases de licitación de los distintos productos contemplados en el Programa.

En general, debería ser una licitación al año por producto, la cantidad de oferentes varía de acuerdo al producto y los adjudicados generalmente es un oferente por producto, pero pueden ser mas ya que además los antecedentes se abren según zona e incluso por variedad de producto.

Convenio de Colaboración entre el MINSAL y la CENABAST

El Convenio en comento, se origina en que la Subsecretaría de Salud Pública debe administrar el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, independientemente de la calidad previsional de las personas beneficiarias, pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan. La CENABAST, por su parte, tiene por función proveer de medicamentos, instrumental y demás elementos o insumos que puedan requerir los organismos, entidades, establecimientos y personas integrantes o adscritas al Sistema Nacional de Servicios de Salud. En este contexto, por encargo del MINSAL, la CENABAST adquiere los productos necesarios para la ejecución del PNAC.

El Convenio se caracteriza por establecer¹¹³:

- a. Una comisión de intermediación por tonelada métrica que corresponderá a lo que el MINSAL pagará a la CENABAST por la adquisición de los productos necesarios para la ejecución del PNAC¹¹⁴.
- b. Los servicios que debe proporcionar CENABAST al MINSAL, entre otros, el monitoreo de la demanda, elaboración del Plan de Compras, gestión de las compras, monitoreo de la calidad (verificación del cumplimiento de las especificaciones técnicas de los productos en forma sostenida y permanente), gestión de abastecimiento y distribución y la administración de contratos (productos y servicios de transporte de estos).
- c. La CENABAST también se obliga con el MINSAL a mantener al abastecimiento permanente y oportuno, informar al Ministerio trimestralmente de los resultados de los análisis de calidad de las partidas de los productos y de las acciones ejecutadas para mejorar las deficiencias que pudiesen existir por el no cumplimiento de las especificaciones técnicas, facturar y remitir mensualmente al MINSAL dentro de los diez primeros días del mes siguiente, informar trimestralmente sobre la vigilancia de la demanda de los productos y atender a los clientes de red usuaria de Atención Primaria de Salud.
- d. También establece las obligaciones del MINSAL con la CENABAST, entre otras, monitorear la demanda, revisar y aprobar los Planes de Compras Anuales, ejecutar y enviar oportunamente los mandatos de compra, efectuar la validación técnica de las propuestas públicas, participar activamente

¹¹³ Ver la Resolución Exenta N° 784 de 18 de junio de 2009.

¹¹⁴ El valor originalmente establecido en el Convenio es de \$16.379 por tonelada métrica y actualmente es de \$16.870.

Dirección de Presupuestos

División de Control de Gestión

en la elaboración de propuestas de adjudicación para la Comisión de Adquisiciones, otorgar su visto bueno a las Bases Administrativas, elaborar las correspondientes Bases Técnicas, revisar las Actas de Adjudicación, elaborar y revisar permanentemente las especificaciones técnicas, disponer de los recursos financieros para pagar oportunamente y revisar y aprobar la facturación CENABAST.

- e. Las multas, las que serán a beneficio del MINSAL, generándose un cobro de administración a favor de CENABAST equivalente al 0,8% del monto enterado por la empresa proveedora sancionada. La Central se obliga a informar en forma trimestral al MINSAL respecto a la aplicación de multas.
- f. El procedimiento en el caso que el proveedor no cumpla con su respectivo contrato de entrega, la CENABAST queda facultada para adquirir, por cuenta de aquel, con terceros proveedores el producto no entregado en conformidad a lo establecido en las respectivas Bases de Licitación.
- g. Posteriormente, dichos recursos son asignados a proveedores privados de los distintos productos contenidos en el PNAC. La distribución en cuestión depende de los resultados de las licitaciones públicas efectuadas por la CENABAST a través del portal Mercado Público.

El artículo décimo señala que el convenio tendrá una vigencia de un año contado a partir de la fecha de su total tramitación, y se renovará automática y sucesivamente, por periodos de un año a menos que una de las partes manifieste su intención en contrario.

Respecto al Convenio entre el MINSAL y la CENABAST, se entiende que se explica por las atribuciones legales de los actores y por la separación de funciones existentes al interior del sistema de salud. En este contexto, uno de los elementos no incorporados en el Convenio, al menos de forma expresa, **es seguimiento y control permanente del proceso completo**, es decir, desde la entrega en los establecimientos de los distintos productos contemplados en el Programa hasta el respectivo pago.

Determinación de los recursos financieros contemplados en las licitaciones

La siguiente etapa a considerar es la determinación del monto de recursos financieros asociados a cada proceso de licitación. Para estos fines se establecen los siguientes pasos:

- a. La CENABAST informa mensualmente los consumos reales promedios para cada uno de los Servicios de Salud, que son utilizados como un antecedente para estimar la demanda.
- b. Con dicha información, complementada con información estadística disponible en el DEIS del MINSAL y del Instituto Nacional de Estadísticas así como con antecedentes de cobertura, facturación, crecimiento población, etc., se estiman las cantidades a comprar por Servicio de Salud, Región y total nacional.
- c. Los precios de los distintos tipos de productos contemplados en el Programa se estiman en función, entre otros, del dato histórico ajustado por el Índice de Precios al Consumidor (IPC), crecimiento esperado, precios de bienes complementarios y sustitutos y precios de licitaciones anteriores.
- d. Con las estimaciones de precios y cantidades se calcula, para fines ministeriales, el presupuesto anual de Programa.
- e. Posteriormente, el presupuesto calculado se compara con la asignación presupuestaria anual¹¹⁵, la que es determinada por la División de Administración y Finanzas del MINSAL. Dicha asignación queda refrendada en la Ley de Presupuestos de cada año en el ítem 24.01.003.
- f. El presupuesto en cuestión es el que se informa a la CENABAST para ser incorporado en la licitación respectiva.

¹¹⁵ En los últimos años, la asignación presupuestaria no ha sido una restricción, es decir, el presupuesto ha sido menor a la asignación. Esto se podría explicar, entre otros, por la aplicación de un factor de ajuste por mermas, pérdidas, terremotos y otros eventos no programables.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Uno de los aspectos a revisar en esta etapa, es el procedimiento de estimación del presupuesto del Programa. Entre sus principales elementos se cuentan, por una parte, los procesos de cálculo de la demanda a nivel nacional y por las distintas divisiones territoriales del sector público de salud, que deberían formalizar las fuentes de información, metodologías de estimación de demanda y su oportunidad. Por otra parte, se debería analizar el ajuste de los precios históricos de los productos por el IPC. Al respecto, se podría evaluar el ajuste por la variación del Índice de Precios de Alimentos (IPA) en reemplazo del IPC. Un elemento adicional, es considerar la realización de estudios de mercado para conocer la evolución de los precios nacionales e internacionales de los productos incorporados en las respectivas licitaciones. De esta forma, se podría disponer de precios referenciales para determinar la conveniencia de las ofertas presentadas en las respectivas licitaciones.

Bases de licitación

Las principales características de las bases de licitación son las siguientes¹¹⁶:

Características de la Oferta, que contiene los aspectos generales, la vigencia de la oferta, las ofertas por Zona¹¹⁷, la distribución directa por parte del proveedor, para los productos importados los certificados de análisis del país de origen y la resolución de autorización de uso y disposición de Alimentos de la SEREMI de Salud correspondiente, el formulario del Proyecto Técnico, certificados de análisis del producto ofertado que respalden toda la información presentada y requerida en las bases técnicas.

Igualmente, contiene las principales características de la oferta económica estableciendo que el precio ofertado siempre deberá corresponder a la unidad de medida licitada por CENABAST y expresarse en pesos chilenos (CLP) y valores netos. El precio deberá ser único para todos los establecimientos de una misma zona, sin distinción por fecha de entrega. En consecuencia, no podrá estar sujeto a la estacionalidad y deberá incluir el costo del transporte y descarga del producto en bodega del establecimiento o bodega del punto de entrega. Sólo se aceptarán ofertas con entrega bajo la modalidad en plaza, en la cual los bienes adjudicados sean nacionales o extranjeros se encuentren disponibles para ser distribuidos directamente por el proveedor al punto de entrega, las ofertas que se realicen bajo cualquier otra modalidad, (por ejemplo, CIF o FOB) serán declaradas inadmisibles.

Garantías, las que deberán estar expresadas en pesos chilenos y tener como beneficiario a la CENABAST. Define una garantía de seriedad de la oferta, la que es función directa de los montos involucrados en la licitación por un máximo que en algunos casos es de \$30 millones y un mínimo de \$200 mil.

También incorpora una garantía de fiel cumplimiento del contrato, la que será equivalente a un 5% del valor total del contrato con impuesto incluido.

Criterios de evaluación, describe los componentes para realizar la evaluación de las ofertas y la ponderación que cada uno de ellos representa en la evaluación final. Los principales componentes

¹¹⁶ Para estos fines se revisaron las siguientes bases de licitación: 190 del 22 de septiembre de 2010; 196 del 29 de septiembre de 2010; 191 del 02 de septiembre de 2011; 227 del 21 de junio de 2012 y la 271 del 01 de agosto de 2012.

¹¹⁷ Las Bases de Licitación N° 190/2010 consideran dos alternativas de forma de oferta; Distribución Directa (entrega del producto en la bodega del usuario) y Distribución por CENABAST (entrega del producto en la bodega del oferente para posterior distribución por CENABAST).

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

son la propuesta económica, el proyecto técnico, el comportamiento de calidad y la historia de entrega del producto.

Presentación de factura y forma de pago, las facturas y documentación anexa deberán presentarse dentro de los 15 días siguientes a su emisión y se pagarán a 45 días corridos contados desde su recepción. El proveedor sólo podrá facturar sus productos una vez que el encargado del establecimiento de destino correspondiente, haya hecho la recepción física conforme. El proveedor deberá facturar un máximo de dos facturas mensuales por zona y producto. De igual forma, el adjudicatario está obligado a presentar a CENABAST, cada vez que ésta lo requiera, toda aquella información laboral y previsional pertinente de sus empleados.

Sanciones, establece sanciones para aquellos casos en los cuales no se contemple una sanción especial frente a una acción, omisión o situación del proveedor que afecte el cumplimiento del contrato. De igual forma, comprende la posibilidad de poner término anticipado y unilateral, ya sea en forma total o parcial, al contrato. Por ejemplo, CENABAST podrá terminar anticipadamente el contrato cuando las sanciones sean equivalentes a un 10% del valor total neto del contrato. Asimismo, especifica las sanciones asociadas al incumplimiento de las especificaciones técnicas y/o controles del producto así como de condiciones económicas. Finalmente, contiene un procedimiento formal de aplicación de sanciones.

La Tabla N° 2 presenta las principales variables de evaluación de las bases de licitación del período comprendido entre septiembre de 2010 y agosto de 2012. Como se observa, la variable económica es la más relevante y no disminuye de un 48% de relevancia. Por el contrario, las otras variables en algunas de las licitaciones no son consideradas en la evaluación para seleccionar al mejor oferente.

Lo anteriormente señalado sería conveniente de revisar, ya que es importante que las variables Proyecto Técnico, Comportamiento de Calidad e Historia de entrega del Producto u otras similares sean permanentemente incorporadas en las licitaciones para hacer más transparentes y comparables los distintos procesos de licitación. Por otro lado, reconociendo la importancia de la variable económica en la licitación, sería relevante disponer de información de precios nacionales e internacionales para ser utilizados como referenciales en las licitaciones del Programa y, con dicha información, ponderar adecuadamente tanto la variable económica como las restantes.

Tabla N° 2

Principales variables de evaluación consideradas en las bases de licitación del PNAC¹¹⁸

Componente	22-09-2010	29-09-2010	02.09.2011	21-06-2012	01-08-2012
Propuesta económica	48%	50%	48%	50%	70%
Proyecto técnico	30%	0%	30%	30%	0%
Comportamiento de calidad	20%	0%	20%	17%	0%
Historia de entrega del producto	0%	48%	0%	0%	27%

4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

Las funciones de seguimiento y evaluación de las distintas instancias involucradas en el Programa están establecidas en el Manual y descritas en el capítulo 1.2. A saber:

- ✓ El **DNA**, deberá monitorear la demanda de productos del Programa, velar por el cumplimiento periódico y en forma sistemática del programa y evaluar el desarrollo del Programa, en términos de cumplimiento, cobertura e impacto realizando las correcciones necesarias del mismo.
- ✓ La **CENABAST** deberá monitorear la demanda y la calidad (verificando el cumplimiento de las especificaciones técnicas de los productos en forma sostenida y permanente).
- ✓ La **SEREMI** deberá monitorear y evaluar el Programa y supervisar, orientar y evaluar todas las actividades del PNAC en los establecimientos de la APS.

Los indicadores para medir el objetivo del programa en términos de mejorar y mantener el estado nutricional de los niños, nodrizas y gestantes, son tres y se miden en forma anual:

- a. Mujeres embarazadas que se encuentran bajo peso según el Índice de Masa Corporal (IMC).
- b. Los Infantes en riesgo nutricional o desnutrición según IMC.
- c. Mujeres con bajo peso según IMC al sexto mes post parto.

El indicador utilizado para medir los productos y/o procesos del Programa son los kilos promedio mensuales de leche repartida por beneficiario. Este indicador también se mide anualmente.

Respecto a los indicadores en cuestión, cuando se encuentran por debajo de las metas establecidas se solicita información a la SEREMI respectiva. La información entregada se incorpora tanto para el análisis del período presente como para la construcción de las metas futuras.

Para validar los datos entregados por las SEREMIS se cruzan con los proporcionados por el DEIS del MINSAL. En el caso de existir brechas se solicita a la SEREMI respectiva una explicación de las diferencias. Es importante señalar que, de acuerdo a lo informado por la Unidad responsable del Programa, no existen procedimientos para validar la información entregada por las SEREMIS al DEIS y a ella misma, salvo ex post cuando se tenga evidencia de que los datos y la información proporcionada presenta inconsistencias.

Además, la Unidad responsable del programa también ha implementado, recientemente, un monitoreo y seguimiento mensual del stock de productos disponibles en los establecimientos de la

¹¹⁸ Fuente de la tabla; bases de licitación N° 190/2010, N° 196/2010, N° 191/2011, N° 227/2012 y la N° 271/2012.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

APS. Para dichos fines, elabora el “Informe Mensual de Stock Disponible” al Subsecretario de Salud Pública. La primera parte del documento está destinado a las cantidades y se construye en base a la información proporcionada tanto por las SEREMIS como por la CENABAST. La otra parte está destinada a las respuestas y/o comentarios de las SEREMIS.

Por otra parte, a partir de este año existe seguimiento y se realizan gestiones para cerrar las brechas de productos entregados y stock de los mismos según los registros de las SEREMIS y la CENABAST. Sin embargo, no se han elaborado los indicadores de seguimiento para dichos fines.

No obstante lo anteriormente señalado, la Unidad en cuestión no dispone de un programa anual de monitoreo, seguimiento y evaluación de otras áreas del Programa, como por ejemplo la facturación, mermas y pérdidas de productos. Lo mismo respecto de las SEREMIS.

También sería aconsejable disponer de una sistematización global de información así como de procesos y procedimientos para todas las SEREMIS y establecimientos de APS del país.

ANEXO 4: ANALISIS DE GÉNERO

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA				RECOMENDACIONES	
Nombre Programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género? ((PMG) Sí. El PNAC aplica enfoque de género, tácitamente, al tener entre sus beneficiarios a embarazadas y nodrizas en los programas básico y refuerzo y a portadoras de fenilquetonuria embarazadas y en etapa preconcepcional en el programa especial de Errores Innatos del Metabolismo (EIM).	Objetivo del Programa	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el Programa según evaluación? ¿Por qué?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo?	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente?	¿Se debió incorporar en provisión del servicio?	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores?	De acuerdo a la evaluación del PNAC se observa una disminución del estado nutricional bajo peso, pero simultáneamente un incremento del sobrepeso y la obesidad. Podría considerarse un esfuerzo adicional para disminuir la prevalencia de los problemas de malnutrición por exceso en la edad reproductiva preconcepcional de modo de llegar al embarazo con mejor estado nutricional, idealmente de normalidad. Sin embargo estos esfuerzos deberían llegar a toda la población de mujeres desde la adolescencia, pues para la mayoría de las mujeres no se puede predecir el momento en que iniciarán un embarazo.
				Si	Si	Si	Si	
				¿Se incorpora?	¿Se incorpora?	¿Se incorpora?	¿Se incorpora?	
				Satisfactoriamente	Satisfactoriamente	Satisfactoriamente	Satisfactoriamente	
Programa Nacional de Alimentación Complementaria	Desarrollar Políticas Públicas intersectoriales, que promuevan estilos y hábitos de vida saludable,	Mantener y mejorar el estado nutricional de embarazadas, nodrizas, niños menores de 6 años,	Sí, corresponde. Desde sus inicios el programa ha estado dirigido al grupo materno infantil. Que	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	
				SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

	orientadas a disminuir la prevalencia de enfermedades transmisibles. Desincentivar el consumo de alimentos de alto contenido de nutrientes críticos (sodio/sal/grasas) e instalar medidas estructurales para la creación de entornos que estimulen estilos de vida saludables con pertinencia local.	prematurados y menores de 18 años con enfermedades debidas a errores innatos del metabolismo (EIM) ¹¹⁹ En el caso de las embarazadas con PKU se les entregan mezclas proteicas libres de fenilamina lo que protege su nutrición y la del hijo por nacer.	incluye a embarazadas y nodrizas (madres que están amamantando a sus hijos). De este modo el programa se enfoca en la mujer en edad reproductiva.	Satisfactoriamente. Los grupos de embarazadas y nodrizas sin EIM y las con fenilquetonuria están definidas en la población objetivo	Satisfactoriamente. Los grupos de embarazadas y nodrizas sin EIM y las con fenilquetonuria están incorporadas en el propósito y en el componente	Satisfactoriamente. Los grupos de embarazadas y nodrizas sin EIM y las con fenilquetonuria reciben los productos del programa, de acuerdo a las definiciones de los programas básico, refuerzo y especial EIM.	Satisfactoriamente. Los grupos de embarazadas y nodrizas sin EIM y las con fenilquetonuria están definidas en la formulación de indicadores contribuyendo, especialmente, al seguimiento de la eficacia del mismo	
--	--	--	---	--	---	---	--	--

¹¹⁹ Fenilquetonuria (PKU), enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia isovalérica y citrulinemia tipo1. y otras en estudio para su incorporación

ANEXO 5:
Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos
Programa PNAC- MINSAL

I. Información de la institución responsable del programa, período 2009-2013 (en miles de pesos año 2013)

Cuadro N°1

Presupuesto Inicial y Gasto Devengado de la Institución Responsable del Programa
(en miles de pesos año 2013)

AÑO 2009	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 46.558.408	\$ 58.567.683	126%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 25.074.275	\$ 29.957.214	119%
Inversión	\$ 1.204.576	\$ 3.084.921	256%
Transferencias	\$ 77.388.713	\$ 98.584.769	127%
Otros (Identificar)	\$ 4.307.895	\$ 11.838.129	275%
TOTAL	\$ 154.533.866	\$ 202.032.717	131%

Fuentes: Ley de Presupuestos 2009

AÑO 2010	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 49.649.048	\$ 11.174.168	23%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 27.025.068	\$ 12.742.204	47%
Inversión	\$ 1.354.842	\$ 1.354.390	100%
Transferencias	\$ 96.667.771	\$ 100.946.255	104%
Otros (Identificar)	\$ 136.930.426	\$ 128.743.492	94%
TOTAL	\$ 311.627.154	\$ 254.960.510	82%

Fuentes: Ley de Presupuestos 2010

AÑO 2011	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 52.393.310	\$ 10.747.987	21%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 27.644.973	\$ 10.874.273	39%
Inversión	\$ 1.419.632	\$ 1.827.309	129%
Transferencias	\$ 109.470.931	\$ 86.505.888	79%
Otros (Identificar)	\$ 131.758.550	\$ 132.925.527	101%
TOTAL	\$ 322.687.395	\$ 242.880.983	75%

Fuente: Ley de Presupuestos 2011

AÑO 2012	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 55.820.828	\$ 63.123.540	113%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 27.782.247	\$ 28.739.820	103%
Inversión	\$ 1.859.446	\$ 1.524.774	82%
Transferencias	\$ 103.855.227	\$ 126.167.002	121%
Otros (Identificar)	\$ 129.594.667	\$ 150.996.803	117%
TOTAL	\$ 318.912.414	\$ 370.551.939	116%

Fuentes: Ley de Presupuestos 2012

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

AÑO 2013	Presupuesto Inicial
Personal	\$ 58.632.359
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 33.314.663
Inversión	\$ 1.297.095
Transferencias	\$ 105.347.486
Otros (Identificar)	\$ 135.458.880
TOTAL	\$ 334.050.483

Fuentes: Ley de Presupuestos 2013

II. Información específica del Programa, período 2009-2013
(en miles de pesos año 2013)

2.1. Fuentes de financiamiento del Programa

Cuadro N°2
Fuentes de financiamiento del Programa (en miles de pesos año 2013)

Fuentes de Financiamiento	2009		2010		2011		2012		2013		Variación 2007-2011
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	\$ 44.234.811	100%	\$ 44.279.389	100%	\$ 51.785.398	100%	\$ 52.183.112	100%	\$ 52.274.895	100%	18%
1.1. Asignación específica al Programa	\$ 39.138.800	88%	\$ 39.153.773	88%	\$ 47.044.745	91%	\$ 46.947.637	90%	\$ 46.947.637	90%	20%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	\$ 787.960	2%	\$ 843.415	2%	\$ 880.421	2%	\$ 919.634	2%	\$ 1.011.417	2%	28%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	\$ 4.308.052	10%	\$ 4.282.201	10%	\$ 3.860.231	7%	\$ 4.315.841	8%	\$ 4.315.841	8%	0%
2. Extrapresupuestarias	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	
Total	\$ 44.234.811		\$ 44.279.389		\$ 51.785.398		\$ 52.183.112		\$ 52.274.895		18%

Fuente: DAF y estimaciones del panel

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

A. Información del Programa asociada a recursos provenientes de asignación específica.

2.2 Información presupuestaria del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable

Cuadro N°3

Porcentaje del Presupuesto Inicial del Programa en relación al presupuesto inicial del Servicio Responsable (en miles de pesos año 2013)

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2009	\$ 154.533.866	\$ 39.926.760	26%
2010	\$ 311.627.154	\$ 39.997.188	13%
2011	\$ 322.687.395	\$ 47.925.166	15%
2012	\$ 318.912.414	\$ 47.867.271	15%
2013	\$ 334.050.483	\$ 47.959.054	14%

Fuente: DAF

2.3. Presupuesto inicial y gasto devengado del Programa

Cuadro N°4

**Presupuesto Inicial y Gasto Devengado
(en miles de pesos año 2013)**

AÑO 2009	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 512.142	\$ 644.245	126%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 275.817	\$ 329.529	119%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#¡DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 39.138.800	\$ 44.350.837	113%
Total	\$ 39.926.760	\$ 45.324.611	114%

Fuente: DAF

AÑO 2010	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 546.140	\$ 122.916	23%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 297.276	\$ 140.164	47%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#¡DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 39.153.773	\$ 48.462.871	124%
Total	\$ 39.997.188	\$ 48.725.951	122%

Fuente: DAF

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

AÑO 2011	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 576.326	\$ 118.228	21%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 304.095	\$ 119.617	39%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#¡DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 47.044.745	\$ 39.200.617	83%
Total	\$ 47.925.166	\$ 39.438.462	82%

Fuente: DAF

AÑO 2012	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 614.029	\$ 694.359	113%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 305.605	\$ 316.138	103%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#¡DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 46.947.637	\$ 42.685.652	91%
Total	\$ 47.867.271	\$ 43.696.149	91%

Fuente: DAF

B. Información específica del Programa asociada a todos los recursos con que cuenta

2.4 Gasto Total del Programa

Cuadro N°5
Gasto Total del Programa
(en miles de pesos año 2013)

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2009	\$ 45.324.611	\$ 4.308.052	\$ 49632663
2010	\$ 48.725.951	\$ 4.282.201	\$ 53008152
2011	\$ 39.438.462	\$ 3.860.231	\$ 43298693
2012	\$ 43.696.149	\$ 4.315.841	\$ 48011990

Fuente: DAF y estimaciones del panel

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

2.5 Gasto Total del Programa, desagregado por Subtítulo

Cuadro N°6
Gasto Total del Programa, desagregado por Subtítulo
(en miles de pesos año 2013)

AÑO 2009	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 4.952.296	10%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 329.529	1%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 44.350.837	89%
Total	\$ 49.632.663	100%

Fuente: DAF

AÑO 2010	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 4.405.117	8%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 140.164	0%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 48.462.871	91%
Total	\$ 53.008.152	100%

Fuente: DAF

AÑO 2011	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 3.978.459	9%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 119.617	0%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 39.200.617	91%
Total	\$ 43.298.693	100%

Fuente: DAF

AÑO 2012	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 5.010.200	10%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 316.138	1%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 42.685.652	89%
Total	\$ 48.011.990	100%

Fuente: DAF

2.6 Gasto de producción de los Componentes del Programa

Cuadro N°7
Gasto de producción de los Componentes del Programa
(en miles de pesos año 2013)

AÑO 2009	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	663.078	982.112	1.561.750	889.712	2.208.119	4.585.397	2.802.110	3.491.900	6.695.347	3.249.744	1.125.872	2.623.762	265.613	322.362	17.638.737	49.105.614
Total	663.078	982.112	1.561.750	889.712	2.208.119	4.585.397	2.802.110	3.491.900	6.695.347	3.249.744	1.125.872	2.623.762	265.613	322.362	17.638.737	49.105.614

Fuente: DAF

AÑO 2010	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	709.173	1.050.386	1.670.319	951.562	2.361.622	4.904.163	2.996.907	3.734.649	7.160.791	3.475.659	1.204.140	2.806.160	284.077	344.772	18.864.940	52.519.321
Total	709.173	1.050.386	1.670.319	951.562	2.361.622	4.904.163	2.996.907	3.734.649	7.160.791	3.475.659	1.204.140	2.806.160	284.077	344.772	18.864.940	52.519.321

Fuente: DAF

AÑO 2011	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	578.530	856.885	1.362.614	776.266	1.926.566	4.000.722	2.444.819	3.046.655	5.841.637	2.835.376	982.314	2.289.212	231.745	281.259	15.389.658	42.844.259
Total	578.530	856.885	1.362.614	776.266	1.926.566	4.000.722	2.444.819	3.046.655	5.841.637	2.835.376	982.314	2.289.212	231.745	281.259	15.389.658	42.844.259

Fuente: DAF

AÑO 2012	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	641.942	950.808	1.511.970	861.353	2.137.736	4.439.240	2.712.795	3.380.598	6.481.936	3.146.160	1.089.985	2.540.131	257.146	312.087	17.076.511	47.540.397
Total	641.942	950.808	1.511.970	861.353	2.137.736	4.439.240	2.712.795	3.380.598	6.481.936	3.146.160	1.089.985	2.540.131	257.146	312.087	17.076.511	47.540.397

Fuente: DAF

2.7 Gastos de administración del Programa y gastos de producción de los Componentes del Programa

Cuadro N°8
Gastos de administración y gastos de producción de los Componentes del Programa
(en miles de pesos año 2013)

AÑO	Gastos de administración	Gastos de producción de los Componentes	Total Gasto del Programa
2009	\$ 527.048	\$ 49.105.614	\$ 49.632.662
2010	\$ 488.831	\$ 52.519.321	\$ 53.008.152
2011	\$ 454.434	\$ 42.844.259	\$ 43.298.693
2012	\$ 471.592	\$ 47.540.397	\$ 48.011.989

Fuente: DAF

III. Metodología

En esta sección se especifica la metodología utilizada para el cálculo de la división del gasto total por ítem, así como de los gastos administrativos. Estas metodologías han sido desarrolladas por el panel.

1. División del gasto total por ítem

- a) Gastos en personal: Corresponde a la suma de los gastos devengados en el subtítulo 21 de la Subsecretaría de Salud Pública, destinados al Programa, más el gasto estimado en personal por los funcionarios que trabajan en los puntos de entrega de alimentos, más un porcentaje considerado gasto administración.

$$GTPt = GPSSPt + GPPEt$$

donde

GTPt = Gasto total en personal del programa en el año t

GPSSPt = Gastos estimados en el subtítulo 21 de la Subsecretaría de Salud Pública, destinados al Programa, en el año t.

GPPEt = Gasto estimado en personal por los funcionarios que trabajan en los puntos de entrega.

Gastos estimados del personal de la SSP, destinados al Programa

Se estimó en base al gasto devengado en el subt. 21 de la SSP, proporcionalmente al porcentaje de la dotación del Programa sobre la dotación total de la SSP en marzo de 2013. Este porcentaje se ha aproximado a 1,1% (4/366).

Gasto en personal por los funcionarios que trabajan en los puntos de entrega

La estimación del gasto en personal por los funcionarios que trabajan en los puntos de entrega corresponde a la estimación del gasto en personal por nutricionistas y auxiliares paramédicos, estimado usando la asignación de horas de estos funcionarios, según el Manual de Programas Alimentarios, y su respectivo valor por hora según información proporcionada por el Programa.

$$GPPEt = (GPNt + GPAPt)/(1-GA)$$

donde

GPPEt = valor de las horas destinadas por los funcionarios que trabajan en los puntos de entrega.

GPNt = valor de las horas destinadas por los nutricionistas que trabajan en los puntos de entrega.

GPAPt = valor de las horas destinadas por los auxiliares paramédicos que trabajan en los puntos de entrega.

GA = Porcentaje de los gastos en personal considerados gastos de administración, que se ha supuesto 5%.

Nutricionistas (GPNt):

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Para la estimación del gasto en nutricionistas se estimó el gasto para cada establecimiento el año 2012 y luego multiplicando por el total de puntos de entrega (1834). El gasto estimado por establecimiento se basa en un sueldo bruto mensual promedio de 850 mil pesos (dato proporcionado por el programa) y la asignación de horas de nutricionistas definida por el Manual de Programas Alimentarios, que señala que la asignación de horas diarias de nutricionistas depende la población inscrita (PI), según la siguiente regla: PI < 20.000: 1 hora; 20.000 < PI < 35.000: 1,5 horas; PI > 35.000: 2 horas.

Considerando que la cantidad de establecimientos que tienen más de 20000 es una proporción ínfima de los 1834 puntos de entrega, se ha supuesto que la asignación promedio de nutricionistas es de 1 hora al día. Asimismo, se ha supuesto que el sueldo bruto representa el 85% del gasto en personal que genera un nutricionista y que la jornada diaria de trabajo tiene 8 horas. Con estos datos y supuestos se ha calculado el gasto en personal por los Nutricionistas que trabajan supervisando la entrega de alimentos, según se detalla en el siguiente recuadro:

CALCULO DE GASTOS DE PERSONAL NUTRICIONISTAS EN PUNTOS DE ENTREGA					
Datos					
	Variable	Valor	Fuente		
A	Horas diarias promedio asignadas	1,00	Manual Programas alimentarios		
B	Sueldo bruto mensual	850.000	PNAC		
C	Nº de establecimientos	1.834	PNAC (Archivo establecimientos PNAC PACAM deis 16112012.xls)		
Supuestos					
D	Razón sueldo bruto/gasto remuneración	0,85			
E	horas de trabajo por día	8			
Cálculo (2012)					
G=B/D	gasto remuneracion por mes total	1.000.000			
H=A/E	porcentaje de la jornada dedicada a supervision	12,5%			
I=G*H	gasto remuneracion por estab. mes	125.000			
J=I*12	gasto remuneracion por estab. año	1.500.000			
	factor por gasto adm.	95%			
K=J*C/1000	gasto remuneracion por año PNAC (M\$)	2.895.789			
Estimación 2009-2011 proporcional a poblacion que retira					
	2009	2010	2011	2012	2013
	781.480	795.129	690.010	900.447	900.447
	2.513.198	2.557.092	2.219.035	2.895.789	2.895.789

El gasto correspondiente a los años 2009, 2010 y 2011 se obtuvo en base al gasto del año 2012, proporcionalmente a la población atendida cada año.

Auxiliares paramédicos (GPAPt):

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Para la estimación del gasto en auxiliares paramédicos se estimó el gasto para cada establecimiento el año 2012 y luego multiplicando por el total de puntos de entrega (1834). El gasto estimado se basa en un sueldo bruto mensual promedio de 350 mil pesos (dato proporcionado por el programa) y la asignación de horas de auxiliares paramédicos definida por el Manual de Programas Alimentarios, que señala que la asignación de horas diarias depende de los kilos de producto entregados a razón de 1 hora por cada 25 kg, es decir 0,04 hr/kg. Asimismo, se ha supuesto que el sueldo bruto representa el 85% del gasto en personal que genera un auxiliar paramédico y que un mes de trabajo tiene 160 horas. Con estos datos y supuestos se ha calculado el gasto en personal por los auxiliares paramédicos que trabajan entregando alimentos, según se detalla en el siguiente recuadro:

CALCULO DE GASTOS DE PERSONAL DE PARAMEDICOS EN PUNTOS DE ENTREGA						
Datos						
	Variable	Valor	Fuente			
A	Horas asignadas por kg entregado	0,04	Manual Progr. Alimentarios			
B	Sueldo bruto mensual	350.000	PNAC			
Supuestos						
C	Razón sueldo bruto/gasto remuneración	0,85				
D	horas de trabajo por mes	160				
Cálculo						
E=B/C	gasto remuneracion por mes	411.765				
F=E/D	gasto remuneracion por hora	2.574				
G		2009	2010	2011	2012	2013
	Kilos entregados	16.563.936	15.920.290	15.145.895	13.105.045	13.105.045
H=G*A	Horas asignadas	662.557	636.812	605.836	524.202	524.202
	factor por gasto adm.	95%	95%	95%	95%	95%
I=H*F/1000	Total gasto remuneración (M\$)	1.794.854	1.725.109	1.641.196	1.420.051	1.420.051

b) Gastos en bienes y servicios:

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Se estimó en base al gasto devengado en el subt. 22 de la SSP, proporcionalmente al porcentaje de la dotación del Programa sobre la dotación total de la SSP en marzo de 2013. Este porcentaje se ha aproximado a 1,1% (4/366).

- c) Gastos en Inversión: No hay.
- d) Otros Gastos: Corresponde a los gastos devengados en el subtítulo 24, ítem 01 003 Programa Nacional de Alimentación Complementaria, de la Subsecretaría de Salud Pública.

$$GTO_t = GPNAC_t$$

donde

GTO_t = Gasto total en bienes y servicios del programa en el año t

$GPNAC_t$ = Gastos devengados en el subtítulo 24, ítem 01 003 Programa Nacional de Alimentación Complementaria, de la Subsecretaría de Salud Pública, en el año t.

2. Gastos administrativos.

Se calculan como la suma de la estimación de la comisión cobrada por CENABAST más un 5% del gasto total en Personal, que corresponde a una estimación del gasto en personal de alta dirección del MINSAL.

$$GADM_t = CENABAST_t + GTP_t \times GA$$

donde

$GADM_t$ = Gasto de administración del programa, en el año t

$CENABAST_t$ = Comisión estimada de CENABAST, en el año t.

GTP_t = Gasto total en personal del programa, en el año t

GA = Porcentaje de los gastos en personal considerado gastos de administración, que se ha supuesto 5%.

Comisión de CENABAST:

De acuerdo al convenio entre MINSAL y CENABAST, ésta cobra una comisión de \$ 16.870 por tonelada de producto, es decir \$ 16,87 por kilo.

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

CALCULO DE GASTOS DE ADMINISTRACION

Datos

Variable	Valor	Fuente
Comision CENABAST por kg	16,87	Convenio MINSAL CENABAST

Supuestos

% del Gasto en personal que es G. Administración.	5%
---	----

Calculo

	Comision CENABAST		Gastos Personal Directivo		Total Gastos Adm. Estimados
	Kilos entregados	Total comisión CENABAST (M\$)	Gastos Personal	Gastos Adm. Estimados	
2009	16.563.936	279.434	4.952.296	247.615	527.048
2010	15.920.290	268.575	4.405.117	220.256	488.831
2011	15.145.895	255.511	3.978.459	198.923	454.434
2012	13.105.045	221.082	5.010.200	250.510	471.592

ANEXO COMPLEMENTARIO:
(Anexo 6)

Información de facturas recibidas por año

Período Recepción	Todos los productos		
	Kilos	Total Facturación M\$2013	precio promedio \$ 2013
2009	16.446.871	45.157.865	2.746
2010	17.050.844	46.854.393	2.748
2011	15.098.598	41.706.275	2.762
2012	15.026.505	39.726.180	2.644
Variación % 2009-2012	-9%	-12%	-3,7%

Período Recepción	Leche 26% Fortificada		
	Kilos	Precio \$2013	Total Facturación M\$2013
2009	4.728.580	2.839	13.423.037
2010	4.856.000	2.810	13.646.079
2011	5.134.220	3.047	15.644.353
2012	4.695.700	2.967	13.930.659
Var.% 2009- 2012	-0,7%	4,5%	3,8%

Período Recepción	Bebida Láctea Purita Mamá		
	Kilos	Precio	Total Facturación M\$2013
2009	2.352.080	3.720	8.749.153
2010	2.722.400	3.726	10.142.768
2011	1.799.280	3.654	6.575.349
2012	1.858.321	3.510	6.522.937
Var.% 2009- 2012	-21,0%	-5,6%	-25,4%

Período Recepción	Leche Purita Cereal - Extracalcio		
	Kilos	Precio	Total Facturación M\$2013
2009	9.015.320	2.317	20.887.347
2010	9.093.640	2.270	20.644.547
2011	7.840.980	2.203	17.271.485
2012	8.025.320	2.143	17.200.618
Var.% 2009- 2012	-11,0%	-7,5%	-17,7%

Período Recepción	Mi Sopita		
	Kilos	Precio	Total Facturación M\$2013
2009	272.440	1.976	538.398
2010	284.440	1.915	544.831
2011	258.020	1.854	478.266
2012	355.680	1.917	681.929
Var.% 2009- 2012	31%	-3%	27%

Período Recepción	Formulas		
	Prematuros Kg	Continuación Kg	Total Facturación M\$2013
2009	48.944	23.224	611.959
2010	60.944	27.778	803.715
2011	23.530	7.920	279.678
2012	58.609	21.756	855.255
Var.% 2009- 2012	20%	-6%	40%

Período	Enfermedades Especiales
---------	-------------------------

Dirección de Presupuestos
División de Control de Gestión

Recepción	Kg	Precio	Total Facturación M\$2013
2009	0	0	0
2010	0	0	0
2011	30.405	19.882	604.500
2012	8.664	38.184	330.824
Var.% 2009-2012	0%	0%	0%

Período Recepción	Sustitutos				Total Facturación M\$2013
	Lactantes Kg	Preescolares Kg	Escolares Kg	Adolescentes Kg	
2009	48	5.626		609	288.899
2010	480	4.754		408	308.477
2011	171	973	2.296	804	337.161
2012	49	1.234	270	902	199.634
Var.% 2009-2012	2%	-73%		48%	-31%

Precio promedio de los principales productos del PNAC

	Leche 26% Fortificada	Bebida Láctea Purita Mamá	Leche Purita Cereal - Extracalcio	Mi Sopita	Enfermedades Especiales
2009	2.839	3.720	2.317	1.976	0
2010	2.810	3.726	2.270	1.915	0
2011	3.047	3.654	2.203	1.854	19.882
2012	2.967	3.510	2.143	1.917	38.184
Var.% 2009-2012	5%	-6%	-7%	-3%	

Participación de los principales productos en la facturación total

	Leche 26%	Bebida Láctea	Leche Purita	Mi Sopita	Sustitutos(a)	Formulas(b)	Enfermedades Especiales
))	

Dirección de Presupuestos
 División de Control de Gestión

	Fortificada	Purita Mamá	Cereal - Extracalcio				
2009	29,7%	19,4%	46,3%	1,2%	0,6%	1,4%	0,0%
2010	29,1%	21,6%	44,1%	1,2%	0,7%	1,7%	0,0%
2011	37,5%	15,8%	41,4%	1,1%	0,8%	0,7%	1,4%
2012	35,1%	16,4%	43,3%	1,7%	0,5%	2,2%	0,8%
Var.% 2009-2012	18%	-15%	-6%	44%	-21%	59%	

(a) Incluye Prematuros y Continuación

(b) Incluye Lactantes , Preescolares, Escolares y Adolescentes