

# EVALUACIÓN PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR

DIVISIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN PÚBLICA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
MINISTERIO DE HACIENDA

Junio 2020



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

**EVALUACIÓN PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
Y PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR  
DIVISIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN PÚBLICA**

Dirección de Presupuestos – DIPRES  
© 2020 DIPRES

Director de Presupuestos: Matías Acevedo Ferrer  
Jefe de División Control de Gestión Pública: Slaven Razmilic Burgos

Equipo a cargo de la publicación: Tania Hernández J. y María José Pérez S. bajo la conducción de Rodrigo Díaz M. (jefe del Departamento de Evaluación). La evaluación contó con el apoyo de Florencia Borrescio H. como colaboradora externa.

Esta evaluación se desarrolló como parte de la Línea de Evaluación Focalizada del Ámbito (implementación y costos) de acuerdo con lo establecido en el Decreto Exento N° 02, del 02 de enero de 2018, del Ministerio de Hacienda.

Siempre que es posible intenta usar un lenguaje no discriminator ni sexista. No obstante, para no obstaculizar la lectura, en casos que sea pertinente se usa el masculino genérico, que la gramática española entiende que representa a hombres y mujeres en igual medida.

Se autoriza su reproducción siempre y cuando se haga referencia explícita a la fuente. Para referenciar emplear el siguiente formato:

DIPRES (2020). Evaluación Programa Nacional de Alimentación Complementaria y Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor. Informe Final. División de Control de Gestión Pública. Santiago, Chile.

Registro de Propiedad Intelectual xxxxxxxx  
ISBN: xxxxxxxxxxxx  
Diseño y Diagramación: Cristian Salas L



EVALUACIÓN PROGRAMA NACIONAL  
DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
Y PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR



# ÍNDICE



## ÍNDICE

I. Introducción	5
II. Objetivos de la Evaluación	7
2.1 Objetivo general	7
2.2 Objetivos específicos	7
III. Antecedentes de los Programas	9
3.1 Programa Nacional de Alimentación Complementaria	9
3.2 Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor	21
IV. Población y Focalización por Programa	27
4.1 Programa Nacional de Alimentación Complementaria	27
4.2 Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor	36
V. Implementación de los Programas Alimentarios	43
5.1 Estructura Organizacional	43
5.2 Procesos de Producción	49
VI. Costos y Eficiencia en la Provisión de Programas Alimentarios	67
6.1 Información disponible	67
6.2 Fuentes de Financiamiento y Ejecución Presupuestaria	68
6.3 Gasto de Administración del Programa	73
6.4 Modalidad de Compra de Productos	76
6.5 Costo unitario de productos	83
6.6 Resultados análisis benchmark	88
VII. Conclusiones	93
VIII. Recomendaciones	99
IX. Bibliografía Consultada	103
X. Anexos	107
10.1 Productos PNAC Errores Innatos del Metabolismo	107
10.2 Etiquetado Productos PACAM	108
10.3 Entrevistas Realizadas	110
10.4 Referentes de Programas Alimentarios en Servicios de Salud	112
10.5 Procedimientos de los Programas Alimentarios	113
10.6 Antecedentes para el Cálculo de Fuentes de Financiamiento de Programas Alimentarios	132

# INTRODUCCIÓN



## 1. INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde a los resultados de la evaluación de los Programas Alimentarios de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, compuestos por el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). El período de evaluación corresponde a los años 2015 a 2018.

El PNAC es un programa universal, cuyos beneficiarios son principalmente niños hasta los 6 años, gestantes y mujeres que amamantan. Por su parte, el PACAM beneficia a adultos mayores. Ambos programas tienen como propósito mantener el óptimo estado nutricional de sus beneficiarios y consisten en la entrega de alimentos especializados para los distintos grupos que los componen. Estos alimentos son adquiridos por la Subsecretaría de Salud Pública, a través de CENABAST, y distribuidos a establecimientos de atención primaria de salud y algunos hospitales que son el punto de entrega a los beneficiarios finales.

La evaluación es focalizada en los ámbitos de implementación y costos de los programas. Para el caso de la implementación, se busca detectar brechas entre el diseño teórico del programa y su ejecución, mediante una metodología de evaluación cualitativa, basada en recolección de información primaria, a través de entrevistas semi estructuradas a los distintos actores involucrados en los programas alimentarios. Por su parte, la evaluación en el ámbito de costos profundiza en la eficiencia con que se producen los bienes por parte del programa, mediante una metodología cuantitativa que analiza información secundaria referida a resultados generales de eficiencia del programa, así como de las modalidades de compra de los productos.

Los objetivos de la evaluación se presentan en la siguiente sección. A continuación, se procede a entregar antecedentes generales de los programas. En la sección 4, se determinan las poblaciones y focalización de los programas. Posteriormente, en la sección 5 y 6, se realiza la evaluación de la implementación y de los costos y eficiencia de los programas alimentarios, respectivamente. La sección 7 presenta las principales conclusiones del estudio y la sección 8, las correspondientes recomendaciones.

# OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN





## II. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la implementación y modalidad de producción, en términos de compra y distribución de los bienes entregados por los Programas Alimentarios, identificando espacios de mejora en gestión y eficiencia.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos de la evaluación son los siguientes:

- a) Analizar la cobertura de los programas, sistemas de focalización y eventuales discrepancias entre resultados intermedios y diseño de beneficios de carácter universal.
- b) Identificar problemas o limitantes operativos que obstaculizan la gestión de los programas, considerando arreglos o coordinaciones entre las instituciones involucradas, transferencias de recursos desde el nivel central al local y ejecución en terreno, entre otros aspectos.
- c) Evaluar la gestión de los programas, considerando sus características de planificación y ejecución presupuestaria.
- d) Calcular el costo del servicio de provisión de alimentos en los distintos llamados y para los distintos componentes, considerando las distintas etapas de la provisión, el desempeño de distintos mecanismos de compra y distribución, y el correspondiente benchmark privado.
- e) Identificar espacios de optimización en términos de costos de los bienes entregados por los programas.

# ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS



### III. ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS

#### 3.1. PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) se creó en 1954. Con una historia ininterrumpida de 65 años, el programa ha pasado por diversos cambios que generalmente han respondido a las necesidades del contexto histórico y los cambios en el perfil epidemiológico y nutricional de la población. Actualmente está en proceso de reformulación, basado en la evidencia disponible, de los productos que se distribuyen.

En su origen, el programa entregaba alimentación complementaria a la población materno-infantil, con el propósito de enfrentar las altas tasas de desnutrición infantil que tenía Chile en la época<sup>1</sup>. La desnutrición infantil logró ser controlada, en parte por la acción del PNAC<sup>2</sup>, por lo que el programa adquirió un carácter preventivo y de recuperación a nivel nutricional. El cambio en el perfil epidemiológico de la población, reflejado en aumento de la prevalencia de malnutrición por exceso<sup>3</sup> (sobrepeso y obesidad) han derivado en ajustes en el perfil nutricional de los productos entregados. Actualmente el programa busca resolver la carencia de micronutrientes (vitaminas y minerales) y entregar alimentos específicos en el caso de alergias y enfermedades metabólicas.

En el año 1987, el artículo 68 de la ley N°18.681 estableció que los beneficios del PNAC constituyen un subsidio estatal universal financiado con aporte fiscal, otorgando especial prioridad a niños hasta 6 años de edad, embarazadas 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. De esta forma, este programa de la Subsecretaría de Salud Pública pasó a tener un carácter universal<sup>4</sup>.

1 Ministerio de Salud, 2010.

2 En Chile, la situación nutricional cambió rápidamente de una alta prevalencia de desnutrición en la década de los años 70, a su casi total erradicación a fines de los años 80, momento en que se inicia el aumento de la obesidad en adultos y, especialmente, en mujeres de nivel socioeconómico bajo (MINSAL, 2010). La prevalencia de desnutrición en menores de 6 años es actualmente menor al 1%.

3 A diciembre 2018, de acuerdo a los Resúmenes Estadísticos de Salud de población en control, entre los niños de hasta 60 meses bajo control en establecimientos de atención primaria de salud, un 62,0% tenía un estado nutricional normal, mientras que la prevalencia de sobrepeso alcanzaba a 23,3%, la de obesidad a 11,0%, el riesgo de desnutrición o bajo peso era 3,2% y desnutrición de 0,5%. En las gestantes bajo control, el sobrepeso era 32,3%, la obesidad 33,2%, el bajo peso 3,4% y el estado nutricional normal alcanzaba a 31,1%.

4 Aunque en general los beneficios no varían según el régimen de atención de salud de los beneficiarios, éstos son clasificados como intrasistema (beneficiarios del FONASA que estén inscritos en alguno de los establecimientos de Atención Primaria de Salud de la Red de Salud Pública) o extrasistema (afiliadas a alguna ISAPRE, a algún sistema de salud de las fuerzas armadas, seguridad y de orden o que, siendo beneficiarios del FONASA, se atiendan por Modalidad Libre Elección).

En el inicio del programa, a través del PNAC se distribuían alimentos destinados a menores de 6 años, gestantes y mujeres que amamantan. Gradualmente se agregaron otros grupos poblacionales con necesidades nutricionales especiales: en el año 2003, los prematuros extremos<sup>5</sup>, y los menores de 18 años y gestantes con diagnóstico con fenilcetonuria (PKU), un error innato del metabolismo (EIM)<sup>6</sup>. Los beneficios para personas con EIM presentaron una ampliación gradual en términos de diagnósticos incluidos y de edad de los beneficiarios. Adicionalmente, a partir del año 2016, se incorporan al programa fórmulas especiales para niños menores de 2 años diagnosticados con alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV), cuya cobertura también se ha incrementado gradualmente.

El fin declarado por el programa es “contribuir a mejorar y mantener la salud de la población a través de acciones nutricionales de tipo promocional y preventiva”. Su propósito es “mantener el óptimo estado nutricional<sup>7</sup> por parte de gestantes, mujeres que amamantan, niños menores de 6 años, personas con errores innatos del metabolismo y niños menores a 2 años con diagnóstico confirmado<sup>8</sup> de alergia a la proteína de la leche de vaca, a través de la entrega de alimentos sanos<sup>9</sup>, seguros<sup>10</sup> y especializados<sup>11</sup>”.

Según la norma técnica del año 2016, los objetivos del programa son:

1. Promover la lactancia materna.
2. Promover las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.
3. Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia.
4. Contribuir a la prevención de enfermedades no transmisibles desde las primeras etapas de la vida.
5. Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
6. Prevenir y corregir el déficit nutricional en los niños/as y gestantes.
7. Fomentar la adherencia a las acciones de salud impulsadas en los centros de atención primaria de salud.

Los beneficiarios deben cumplir con los siguientes requisitos para el retiro de productos:

5 Peso inferior a 1.500 gramos o gestación de 32 semanas o menos.

6 Los EIM se refieren a la alteración en un gen que produce un defecto enzimático, que conduce a las alteraciones bioquímicas características de cada enfermedad metabólica y son responsables de los fenotipos desadaptativos propios de cada patología. Estas enfermedades, en caso de no ser tratadas con alimentos exentos del nutriente implicado en la vía metabólica alterada, se traduce en alteraciones metabólicas, daño neurológico e, incluso, la muerte.

7 El estado nutricional adecuado para el grupo objetivo tiene relación con aspectos como el peso adecuado para la estatura, así como el estado de los nutrientes en el organismo.

8 Confirmado por el médico o especialista tratante.

9 Alimento con un adecuado aporte de energía y nutrientes, de acuerdo a las necesidades del grupo objetivo

10 Alimento inocuo, por lo tanto, que garantiza que no causará daño al consumidor cuando se prepara y/o consuman de acuerdo con el uso a que se destina.

11 Alimentos para regímenes especiales, establecidas en el Reglamento Sanitario de los Alimentos (RSA) y que los describe como alimentos elaborados o preparados, especialmente, para satisfacer necesidades fisiológicas o fisiopatológicas, particulares de nutrición.

1. Presentar registro de los controles de salud al día según esquema ministerial vigente para el grupo programático al que pertenece el beneficiario.
2. Tener sus vacunas al día según esquema y campaña ministerial vigente. Si el beneficiario o el adulto responsable de éste, en caso que sea menor de edad, ha rechazado una o más vacunas, se deberá confirmar que haya completado el flujograma establecido en la normativa del Programa Nacional de Inmunizaciones (consejería y rechazo informado correspondiente).
3. Los niños de hasta 5 años 11 meses 29 días y gestantes extrasistema deberán presentar su Formulario para la entrega de productos del PNAC a Extrasistema, correctamente emitido, completo y firmado por el profesional de salud respectivo. En el caso de que estos beneficiarios presenten malnutrición por déficit, el nutricionista del establecimiento de APS deberá reevaluar el estado nutricional del usuario previo al retiro de alimentos, para confirmar diagnóstico.

Existen, además, algunos requisitos adicionales para el caso de los subprogramas PNAC Prematuros Extremos, APLV y EIM, que se verán más adelante en esta sección.

Por otro lado, existen las siguientes excepciones a lo anterior, de acuerdo a la Norma Técnica:

- En el caso que un menor a 6 años haya estado hospitalizado, podrá retirar los productos del PNAC que le correspondan según esquema vigente, una vez dado de alta, presentando la documentación de hospitalización (epicrisis u otro con firma y timbre respectivo).
- Para la población en tránsito<sup>12</sup>, la distribución de los productos contemplados en el programa será de acuerdo a lo que dicte el Ministerio de Salud en dicha materia.
- Se podrá hacer entrega retroactiva de alimentos sólo cuando el motivo del atraso sea desabastecimiento o falla en la entrega de productos por responsabilidad del Sistema de Salud. Si el periodo de desabastecimiento es prolongado (más allá de 4 semanas) se deberá sustituir por los alimentos más adecuados al grupo etario y fisiológico y de mayor stock, como medida extraordinaria para evitar una mayor dilación en la entrega.
- Se autoriza el reemplazo de Purita Cereal y Purita Mamá por Leche Purita Fortificada a menores, gestantes y madres que amamantan, con enfermedad celíaca confirmada por especialista según Guía Clínica MINSAL o que, teniendo diagnóstico de diabetes mellitus, tengan prescripción del equipo de salud de prohibición de consumo de sacarosa.

Podrán existir otras excepciones las que deberán ser resueltas por el Encargado de Programas Alimentarios del Establecimiento de APS,

<sup>12</sup> La población en tránsito no está oficialmente definida por el programa o por el MINSAL. Para efectos de este estudio se considerará como aquella población que modifica el establecimiento de APS al que asiste, sin modificar su inscripción original, por ejemplo, debido a vacaciones.

adjuntando antecedentes clínicos, nutricionales y de laboratorio que justifiquen la excepción, los que deberán quedar debidamente respaldados y ser informados al Referente de Programas Alimentarios de la SEREMI de Salud respectiva.

La entrega de productos a los beneficiarios se realiza principalmente a través de establecimientos de la red de Atención Primaria de Salud (APS), y en aquellos establecimientos extrasistema que cuenten con convenio vigente con el Ministerio de Salud. En los distintos establecimientos, el PNAC se vincula con actividades de promoción, protección y recuperación de la salud.

Este programa está conformado por subprogramas que se dirigen a grupos poblacionales específicos y que consideran la edad gestacional, el diagnóstico de su estado nutricional o diagnóstico clínico y de salud.

Son cinco subprogramas: PNAC Básico; PNAC Refuerzo; PNAC Prematuros Extremos; PNAC Errores Innatos del Metabolismo y PNAC Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APLV).

Adicionalmente, existe desde el año 2014 un piloto que, en el marco de los subprogramas PNAC Básico y PNAC Refuerzo, entrega una fórmula de inicio, en polvo instantánea, para lactantes de término menores de un año, el cual se desarrolla en los servicios de salud de Magallanes, Araucanía Sur, Araucanía Norte y Metropolitano Occidente. Aunque a la fecha el piloto sigue vigente, el Ministerio de Salud ha mantenido su cobertura, sin optar por una expansión o una suspensión. Este piloto se enmarca actualmente en el "Proyecto de Fortalecimiento de la Lactancia Materna y del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)"<sup>13</sup>, el cual determina un protocolo de entrega de Fórmula de Inicio a niños menores de 1 año, estableciendo causales de acuerdo a condiciones derivadas de la madre<sup>14</sup> y condiciones derivadas del niño<sup>15</sup>.

Los productos que entrega el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, según subprograma, se presentan en la siguiente ilustración:

<sup>13</sup> Proyecto aprobado mediante la Resolución Exenta N°568 del 19 de mayo de 2017, del Ministerio de Salud.

<sup>14</sup> Infección por VIH; Herpes Simple Tipo I (HSV-1) en las mamas; uso de medicamentos que tienen riesgo medio y riesgo alto de ser incompatibles con la lactancia materna; quimioterapia citotóxica; adicción crónica a alcohol o drogas, sin tratamiento.

<sup>15</sup> Mal incremento ponderal; niños(as) alejados de su madre bajo el cuidado de familiar, tutor, familia de acogida, Centros de la Red SENAME u otros.

## ILUSTRACIÓN 1 CANASTA DE PRODUCTOS QUE DISTRIBUYE EL PNAC

<b>BÁSICO-REFUERZO: PURITA CEREAL</b>	<b>BÁSICO-REFUERZO: PURITA MAMÁ</b>	<b>BÁSICO-REFUERZO: LECHE PURITA FORTIFICADA</b>
<p>Alimento en polvo para preparar una bebida láctea instantánea en base a leche semidescremada y cereales. Fortificada en vitaminas y minerales. Reducida en grasa, alta en calcio y vitamina C y E</p>	<p>Alimento en polvo para preparar una bebida láctea instantánea en base a leche, sólidos lácteos y cereales, fortificada con vitaminas y minerales, ácidos grasos omega 3 (Ac. Docosahexaenoico, DHA), bajo en sodio, grasa</p>	<p>Leche de vaca en polvo, instantánea 26% de materia grasa, fortificada con vitamina C, Hierro, Zinc y Cobre. Libre de gluten</p>
<b>REFUERZO: MI SOPITA</b>	<b>PREMATUROS: FÓRMULA LÁCTEA PREMATUROS</b>	<b>PREMATUROS: FÓRMULA LÁCTEA DE CONTINUACIÓN</b>
<p>Alimento en polvo para preparar una sopa crema infantil instantánea, en base a cereales y leguminosas. Fortificado con vitaminas y minerales</p>	<p>Fórmula láctea infantil especialmente diseñada para ser utilizada en la alimentación oral de lactantes prematuros de muy bajo peso al nacer</p>	<p>Fórmula láctea infantil especialmente desarrollada para ser utilizada en la alimentación oral de lactantes a partir del sexto mes de vida</p>
<b>APLV: FÓRMULA AMINOACÍDICA</b>	<b>APLV: FÓRMULA EXTENSAMENTE HIDROLIZADA</b>	<b>EIM: FÓRMULAS PARA EIM</b>
<p>Fórmula completa con mezcla de aminoácidos puros, vitaminas, minerales, y otros nutrientes esenciales, para lactantes con alergia a la proteína de leche de vaca</p>	<p>Fórmula con proteínas extensamente hidrolizadas, con vitaminas, minerales, y otros nutrientes esenciales para lactantes con alergia a la proteína de leche de vaca</p>	<p>Productos libres de los aminoácidos u otro nutriente comprometidos en la vía metabólica alterada, fortificado con vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales</p>
<b>BÁSICO -REFUERZO: FÓRMULA DE INICIO (PILOTO)</b>		
<p>Fórmula en polvo instantánea para lactantes de término</p>		

Fuente: Elaboración Equipo Programas Alimentarios. Depto. Nutrición y Alimentos. Ministerio de Salud

### PNAC BÁSICO

El PNAC Básico, corresponde al subprograma que beneficia a mujeres embarazadas, madres que amamantan hasta el 6º mes posparto y niños menores a 6 años de edad, con diagnóstico nutricional de normalidad, sobrepeso u obesidad. Los alimentos que se distribuyen son: Leche Purita Fortificada, Purita Cereal y Purita Mamá<sup>16</sup>.

Las gestantes y madres de niños menores de 6 meses reciben bebida láctea Purita Mamá. Los niños entre 0 y 17 meses reciben Leche Purita Fortificada dependiendo de su condición de lactancia materna<sup>17</sup> y de la edad del niño. Por otro lado, el producto Purita Cereal se entrega a todos los niños<sup>18</sup> 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.

La siguiente tabla detalla esta información:

**TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS PNAC BÁSICO (KG DE PRODUCTO POR MES).**

ALIMENTOS KG / EDAD MESES	GESTANTE	MADRE CON HIJO/A 0-5 MESES 29 DÍAS			NIÑO/A			
	NORMAL SOBREPESO OBESA	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	LACTANCIA MATERNA PREDOMINANTE O FÓRMULA PREDOMINANTE	FÓRMULA EXCLUSIVA	6 A <12 MESES	12 A <18 MESES	18 A <24 MESES	24 A <72 MESES
Purita Mamá	1	2	1	0	0	0	0	0
Leche Purita Fortificada	0	0	1	2	2	2	0	0
Purita Cereal	0	0	0	0	0	0	2	1

Fuente: Norma Técnica de los Programas Alimentarios, MINSAL 2016.

Como referencia, una bolsa de 500 g de Purita Mamá contiene 20 porciones y una bolsa de 1 kg de Leche Purita Fortificada contiene 50 porciones, al igual que una bolsa de 1 kg de Purita Cereal.

El PNAC, como lo establece el propio nombre del programa, tiene un carácter complementario, en el sentido de que en general no se hace cargo de todo el requerimiento nutricional de los beneficiarios, sino que aporta nutrientes para contribuir al propósito de que estos mantengan su óptimo estado nutricional. Sin embargo, según la Guía de Alimentación del Menor de 2 Años del Ministerio de Salud, para el caso de los niños de hasta 6

<sup>16</sup> Adicionalmente a la fórmula de inicio en los Servicios de Salud que tienen implementado el piloto.

<sup>17</sup> De acuerdo a la Norma Técnica de los programas alimentarios, la condición de lactancia materna debe ser establecida por el profesional del equipo de salud que controle el menor hasta los 6 meses, en base al porcentaje de lactancia materna diaria, determinado como el número de veces en el día que el menor recibe pecho respecto del número de veces en que se alimenta, clasificándose según los siguientes rangos: "lactancia materna exclusiva" (100% de lactancia materna diaria); "lactancia materna predominante" (más de 50% de lactancia materna diaria); "Fórmula Predominante" (entre 10% y 49,9% de lactancia materna exclusiva); y "Fórmula exclusiva" (menos del 10% de lactancia materna exclusiva).

<sup>18</sup> Se autoriza la entrega de Leche Purita Fortificada a menores de 6 años portadores de enfermedad celíaca certificada por especialista.



meses de edad, la recomendación de alimentación es idealmente mantener la lactancia materna exclusiva o, cuando las circunstancias no lo permiten, optar por fórmulas de inicio o, en su defecto, Leche Purita Fortificada (LPF)<sup>19</sup>. Ante la consulta respecto de si la cantidad de LPF entregada al mes es suficiente para niños de hasta 6 meses de edad que no reciben lactancia materna, el programa responde que ésta es suficiente para cubrir el 97% del requerimiento energético promedio de los niños a esa edad, a lo que los padres deben agregar con sus propios recursos 800 g de azúcar o maltodextrina y 53 ml de aceite al mes para llegar al 100% de éste. Sin embargo, cabe observar que, al realizar el cálculo según promedios, las cantidades de LPF serían insuficientes para los niños con requerimientos más altos (niños de sexo masculino y/o con peso o longitud superior al promedio).

Adicionalmente, en el marco del Subprograma PNAC Básico, solamente en los servicios de salud de Magallanes, Araucanía Sur, Araucanía Norte y Metropolitano Occidente<sup>20</sup>, se entrega Fórmula de Inicio a niños menores a un año que cumplan con las causales correspondientes, la cual consiste en una fórmula comercial, que, en términos generales, reemplaza a la Leche Purita Fortificada. El esquema de distribución mensual es entre 2 y 4 kg de producto al mes para niños de 0 a 5 meses que no reciben lactancia materna exclusiva, y de 3 kg para niños de 6 a 11 meses.

## PNAC REFUERZO

El PNAC Refuerzo corresponde al subprograma que beneficia a gestantes bajo peso, madres que amamantan que terminaron su gestación bajo peso y menores de 6 años de edad desnutridos o en riesgo de desnutrición. La entrega de beneficios de este subprograma está condicionada al cumplimiento de las acciones de salud establecidas en las normativas respectivas.

En caso de los niños, los alimentos entregados son un adicional de Leche Purita Fortificada o Purita Cereal y, a partir de los 5 a 6 meses de edad, la inclusión del producto "Mi Sopita"<sup>21</sup>. Por su parte, las gestantes y mujeres que amamantan, reciben un adicional de Purita Mamá. El número de kilogramos al mes que las mujeres que amamantan reciben hasta los 6 meses de edad de su hijo, dependerá de su condición de lactancia, mientras que la cantidad de kilogramos por mes que los niños reciben de Leche Purita Fortificada y Purita Cereal dependerá de la condición de lactancia y su edad.

<sup>19</sup> Desde el mes 6° y hasta el mes 12° de vida, el requerimiento nutricional/energético, se cubre aproximadamente con un 50% de parte líquida o la fórmula láctea y un 50% con alimentos sólidos, en una sopa-puré o papilla, llamada alimentación complementaria, con en promedio 500 ml de fórmula aproximadamente. Esta proporción en el requerimiento/aporte nutricional ocurre progresivamente hasta el 12° mes de vida, en la medida que los lactantes tienen mayor aceptabilidad de la alimentación complementaria, y debe considerar la variabilidad del requerimiento entre los lactantes sanos.

<sup>20</sup> Los servicios fueron seleccionados en el marco del piloto del año 2014, explicado previamente.

<sup>21</sup> Un envase de 1 kg de Mi Sopita contiene 20 porciones.

La tabla siguiente muestra la distribución de alimentos que entrega el PNAC Refuerzo.

**TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS PNAC REFUERZO (KG DE PRODUCTO POR MES).**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	PURITA MAMÁ (*)	GRUPOS DE EDAD NIÑOS (MESES)					
		LECHE PURITA FORTIFICADA				PURITA CEREAL	
		0 A <3	3 A <5	5 A <6	6 A <12	12 A <18	18 A <72
Gestante Bajo Peso	3	0	0	0	0	0	0
Lactancia Materna Exclusiva	3	0	0	0	0	0	0
Lactancia Materna Predominante	2	1	2	2	0	0	0
Fórmula Predominante	2	2	3	3+ 1 Mi Sopita	0	0	0
Fórmula Exclusiva	1	2	3	3+ 1 Mi Sopita	3+ 2 Mi Sopita	2+ 2 Mi Sopita	2+ 2 Mi Sopita

(\*) Para mujeres que amamantan se entrega hasta que el niño/a cumple 6 meses y en caso de Fórmula Exclusiva, hasta que el niño/a cumple 3 meses.

Fuente: Norma Técnica de los Programas Alimentarios, MINSAL 2016.

Cabe observar que, en el marco del PNAC Refuerzo, también se entrega Fórmula de Inicio, en los mismos servicios de salud que en el PNAC Básico, y bajo las mismas condiciones.

### PNAC PREMATUROS EXTREMOS

El PNAC Prematuros Extremos entrega, hasta la edad corregida (EC)<sup>22</sup> de 12 meses, fórmulas especiales destinadas a cubrir la alta demanda nutricional de los prematuros que pesan menos de 1500 gramos al nacer y/o que tienen menos de 32 semanas de gestación. Para retirar el producto los beneficiarios deben cumplir, en el establecimiento de salud correspondiente, con los controles establecidos en las normas técnicas del Ministerio de Salud.

Entre los 12 y 23 meses de edad corregida se entrega Leche Purita Fortificada en cantidades de acuerdo al subprograma al que pertenece<sup>23</sup>. Posterior a los 2 años de edad corregida se continúa con el esquema de distribución de cada subprograma (Básico o Refuerzo). Si el beneficiario presenta desnutrición o riesgo de desnutrición, en el marco del PNAC

<sup>22</sup> Es decir, para el caso de los menores prematuros, se consideran 40 semanas desde su concepción como indicador de la corrección, es decir, si nacen con 7 meses, se considerarán las siguientes semanas como gestacionales y luego de eso se comienza a contabilizar su vida extrauterina. Edad Corregida = (Edad Cronológica-real en semanas) - (40 semanas - N° de semanas de gestación al nacimiento).

<sup>23</sup> La frase anterior se extrae literalmente de la Norma Técnica vigente. Sin embargo, cabe precisar que el niño no pertenece al Subprograma PNAC Básico o PNAC Regular, sino que se extiende la entrega de LPF hasta los 24 meses según el esquema de entrega para niños de 12 a 18 meses, del subprograma al que pertenecería, según su condición nutricional. Este error de redacción será corregido en la actualización de la NT.

Refuerzo podrá retirar, en forma complementaria a la fórmula láctea, el producto Mi Sopita desde los 5 meses de edad gestacional corregida y hasta recuperar el estado nutricional normal, de acuerdo al esquema de distribución de PNAC Refuerzo.

El número de kilogramos de Fórmula Láctea de Prematuros (niños hasta los 6 meses de edad corregida) y Fórmula Láctea de Continuación (niños entre 6 y 12 meses de edad corregida) dependerá de su edad y situación de lactancia, como se presenta en las tablas siguientes:

**TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS PNAC PREMATUROS HASTA LOS 12 MESES DE EDAD CORREGIDA**

EDAD 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

\* Edad Corregida igual a (Edad Cronológica-real en semanas) – (40 semanas – N° de semanas de gestación al nacimiento)

\*\* PN: Peso de Nacimiento

\*\*\* DBP: Displasia Broncopulmonar

Fuente: Norma Técnica de los Programas Alimentarios, MINSAL 2016.

**TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS, PNAC PREMATUROS EXTREMOS (KG DE PRODUCTO POR MES)**

TIPO DE ALIMENTACIÓN	FÓRMULA PREMATUROS			FÓRMULA DE CONTINUACIÓN 6 A 11 MESES DE EC PN >1.000G SIN DBP
	ALTA A <40 SEMANAS DE EC	40 SEMANAS A <6 MESES DE EC	6 A <12 MESES DE EC CON DBP O PN <1.000 G	
Lactancia materna exclusiva	0	0	0	0
Lactancia materna predominante	1,5	2	3	3
Fórmula predominante	3	4	3	3
Fórmula exclusiva	3	4	3	3

\* PN: Peso de Nacimiento

\*\* DBP: Displasia Broncopulmonar

EC: edad corregida

Fuente: Norma Técnica de los Programas Alimentarios, MINSAL 2016.

Cabe destacar que siendo la madre que amamanta una beneficiaria en sí misma, mantiene el derecho a retirar Purita Mamá de acuerdo a los programas PNAC Básico y Refuerzo al que pertenezca.

Según la dilución recomendada, un tarro de 370 g de Fórmula de Prematuros contiene el equivalente para la preparación de 37 porciones de 60 ml, mientras que un tarro de 900 g de Fórmula de Continuación contiene el equivalente para 33 porciones de 180 ml. De acuerdo al programa este esquema de distribución cubre la totalidad del requerimiento nutricional de los beneficiarios de hasta 6 meses de edad.

### PNAC ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

El PNAC Errores Innatos del Metabolismo se creó el año 2003, mediante la entrega de alimentos especiales para niños y niñas portadores de fenilketonuria (PKU)<sup>24</sup>. La cobertura de este programa fue inicialmente hasta los 14 años de edad y a contar del año 2008 amplió su cobertura a niños hasta 18 años de edad y a gestantes con PKU. A partir del 2011, se incorporaron alimentos especiales para otros diagnósticos de EIM: enfermedad de la orina olor a jarabe de arce, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia isovalérica y alteraciones del ciclo de la urea. A contar de 2016, se incluyó la aciduria glutárica tipo 1, defectos de la betaoxidación, homocistinuria, y tirosinemia tipo 1; y a partir de 2018, el defecto del transportador de glucosa cerebral tipo 1 y tipo 2 (Glut 1 – Glut 2). Este incremento gradual de cobertura también se reflejó en los requisitos de edad de los beneficiarios, pasando, a contar del año 2015, a entregarse a menores de 25 años y gestantes y mujeres que amamantan hasta que su hijo/a alcance los 12 meses de edad, y a partir del año 2017, a todo el ciclo vital.

El programa consiste en la entrega gratuita y mensual de alimentos especiales<sup>25</sup> a través del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, de la Universidad de Chile (INTA) para niños, adolescentes y adultos, independiente su situación previsional, con diagnóstico de alguno de los 11 errores innatos del metabolismo cubiertos por el programa<sup>26</sup>. Deben contar con un diagnóstico específico de alguno de los errores innatos del metabolismo cubiertos por el subprograma, y cumplir con los controles con especialista y otras acciones de salud establecidas en la Norma Técnica para su patología.

El tipo de producto que se entrega y su cantidad depende de la enfermedad, de la edad del paciente y del estado metabólico relativo a su patología<sup>27, 28</sup>.

### PNAC ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA (APLV)

El subprograma PNAC Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca (APLV)<sup>29</sup> se inició el año 2015, en la forma de un piloto ejecutado en el Servicio de Salud Metropolitano Norte en un punto de distribución de este servicio, que distribuía las fórmulas para todos los casos del país. Las fórmulas se enviaban para los casos FONASA que iban surgiendo en el país, previa autorización de nivel central, contra antecedentes clínicos. Sus beneficiarios fueron los niños hasta 2 años con diagnóstico clínico confirmado de APLV inscritos en FONASA, y la cobertura fue incremental a medida que el

24 Enfermedad metabólica que impide – de por vida - metabolizar el aminoácido fenilalanina, con el consecuente deterioro de la función intelectual si la patología no es tratada.

25 Productos libres de el o los nutrientes comprometidos en la vía metabólica alterada, fortificado con vitaminas, minerales y otros nutrientes esenciales.

26 Resolución Exenta N°899 de 2018 del Ministerio de Salud.

27 Los productos son específicos para cada enfermedad. Para mayor detalle respecto de los productos entregados, revisar anexo 10.1.

28 Siendo la madre que amamanta un beneficiario en sí mismo, mantiene el derecho a retirar Purita Mamá de acuerdo a los programas PNAC Básico y Refuerzo al que pertenezca.

29 Protocolo de Gestión Administrativa del PNAC-APLV, aprobado por RE N°27 de 2019 de MINSAL.

protocolo, en vigor desde mayo de 2015, se fue difundiendo en la red. A contar del año 2017, se ampliaron los puntos de distribución en al menos un hospital por cada servicio de salud del país, alcanzando 55 hospitales. Asimismo, se amplió a los niños hasta 2 años pertenecientes al sistema de Fuerzas Armadas y de Orden. A partir de 2019, se traspasó el programa a los establecimientos de la Atención Primaria de Salud del país, al igual que el resto del PNAC, lo que permitió su ampliación definitiva a todo el país. En esta última etapa se incorporó a todos los niños menores de 2 años extrasistema.

En el protocolo que regula este subprograma, se recomienda la realización del diagnóstico de acuerdo a la respectiva Guía Clínica Ministerial de APLV. Ésta tiene por objetivos, entre otros, orientar el diagnóstico y el tratamiento precoz y oportuno de APLV, evitando el sobre diagnóstico de lactantes con sintomatología gastrointestinal que no corresponda a APLV. Desde el año 2019, existen dos vías de derivación: la Institucional, a través de la red pública de salud, y la Modalidad Extrasistema y FFAA. En ambos casos, el médico tratante debe llenar un formulario de ingreso al PNAC APLV y emitir la correspondiente receta médica del tipo de Fórmula<sup>30,31</sup>.

El retiro del producto por parte de los usuarios se realiza una vez al mes en los establecimientos de atención primaria de salud, según la cantidad establecida en la receta, haciendo la aproximación a la presentación de la fórmula (contenido del tarro). El programa distribuye dos productos: una fórmula aminoacídica y una fórmula extensamente hidrolizada. El producto se entrega según indicación médica, que depende de la edad y peso del beneficiario<sup>32</sup> y cubre la totalidad del requerimiento nutricional de los beneficiarios hasta 6 meses de edad.

30 La receta médica debe especificar la fórmula que se receta y la cantidad mensual, debiendo emitirse una receta para cada mes del producto. El médico tratante debe emitir recetas hasta el siguiente control médico, o en caso de no poder acceder a hora, un máximo de 6 recetas. Según las entrevistas, en el sector público, cuando no hay disponibilidad de horas con especialista, el profesional que realiza el control de salud del niño puede autorizar la entrega de la fórmula, hasta que se concrete la hora agendada, lo que implica una flexibilización que no contempla la Norma Técnica.

31 En el caso de la modalidad extrasistema y FFAA y de orden, para realizar el ingreso al programa el beneficiario deberá además adjuntar un certificado del registro de la especialidad del médico en la Superintendencia de Salud, un certificado de residencia, y una fotocopia del CI del cuidador.

32 La estimación referencial del Ministerio de Salud, de acuerdo a los registros del programa, varía entre 1,95 y 3,9 kg al mes por usuario. El protocolo establece un máximo de 4,5 kg al mes.

### DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS

La Tabla 5 resume la cantidad de kilogramos de producto distribuidos bajo cada subprograma.

**TABLA 5 DISTRIBUCIÓN ANUAL DE PRODUCTOS  
PNAC 2015-2018 (KG)**

	2015	2016	2017	2018	VAR.2015-2018
<b>PNAC Básico</b>	<b>11.489.388</b>	<b>10.810.842</b>	<b>9.988.744</b>	<b>9.929.269</b>	<b>-13,6%</b>
Leche Purita Fortificada	3.616.685	3.298.099	2.935.162	2.886.054	-20,2%
Purita Cereal	6.388.858	6.120.693	5.764.552	5.705.815	-10,7%
Purita Mamá	1.483.845	1.354.474	1.240.307	1.245.246	-16,1%
Fórmula de Inicio*	0	37.576	48.723	92.154	89,1%
<b>PNAC Refuerzo</b>	<b>710.801</b>	<b>666.326</b>	<b>613.173</b>	<b>600.772</b>	<b>-15,5%</b>
Leche Purita Fortificada	156.935	145.474	124.450	123.591	-21,2%
Purita Cereal	159.731	158.606	153.426	151.715	-5,0%
Purita Mamá	128.483	100.285	89.191	82.102	-36,1%
Mi Sopita	265.652	260.304	244.040	239.418	-9,9%
Fórmula de Inicio*	n/d	1.657	2.066	3.946	91,0%
<b>PNAC Prematuros Extremos</b>	<b>119.181</b>	<b>112.456</b>	<b>123.112</b>	<b>108.604</b>	<b>-8,9%</b>
Fórmula Prematuros	62.468	63.718	61.111	60.571	-3,0%
Fórmula Continuación	23.448	23.797	26.268	23.346	-0,4%
Mi Sopita	3.617	3.825	3.792	3.703	2,4%
Leche Purita Fortificada	29.648	21.117	31.940	20.984	-29,2%
<b>PNAC APLV*</b>	<b>486</b>	<b>10.422</b>	<b>26.610</b>	<b>42.199</b>	<b>304,9%</b>
Fórmula Aminoacídica*	226	4.659	9.198	14.253	205,9%
Fórmula Ext. Hidrolizada*	261	5.763	17.411	27.946	384,9%
<b>PNAC EIM*</b>	<b>n/d</b>	<b>11.184</b>	<b>11.895</b>	<b>12.599</b>	<b>12,6%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12.319.856</b>	<b>11.611.232</b>	<b>10.763.533</b>	<b>10.693.444</b>	<b>-13,2%</b>

Fuente: Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud (Leche Purita Fortificada, Purita Mamá, Purita Cereal y Mi Sopita) e Informe de Stock de CENABAST (Fórmulas de Inicio, Prematuros, Continuación, APLV y EIM)

(\*) Para Fórmula de Inicio la variación del período se calcula entre 2017 y 2018 mientras que para PNAC APLV y EIM se calcula entre 2016 y 2018.

Cabe observar que los Registros Estadísticos Mensuales (REM) de MINSAL entregan información de kg distribuidos a usuarios, mientras que el informe de stock entrega información sobre kg distribuidos a establecimientos de salud. Para efectos de este estudio fue necesario utilizar la información de distribución a establecimientos como proxy de retiros, por dos razones: i) por una parte, hay productos entregados que no se reportan en REM, como es el caso de todos los productos de PNAC EIM, en todos los años, así como los productos de los programas Fórmula Inicio y APLV en la primera etapa de implementación, y ii) por otra parte, durante este estudio se han verificado importantes errores en los Registros Estadísticos de MINSAL, en lo que refiere a la entrega de fórmulas comerciales, cuya presentación es

en tarros de menos de 1 kg de peso, y que en algunos establecimientos se reportan en gramos en vez de kilogramos, distorsionando así de manera importante las estadísticas nacionales.

El PNAC distribuyó más 12,3 millones de kg en sus distintos subprogramas el año 2015, cantidad que ha disminuido gradualmente hasta el 2018, alcanzando un nivel 13% inferior al inicio del período de evaluación.

El subprograma PNAC Básico distribuye cerca del 93% de los productos distribuidos por el programa, siendo Purita Cereal el producto que presenta una mayor cantidad distribuida, de alrededor de los 6 millones de kg, debido a que abarca un grupo etario mayor.

Los productos de los subprogramas PNAC Básico y PNAC Refuerzo presentan caídas de 13,6% y 15,5% de distribución en el período, respectivamente. El programa PNAC Prematuros Extremos presenta una caída importante, de -29,2% en la Leche Purita Fortificada que se entrega bajo el subprograma. Adicionalmente se observa una baja relativamente menor en la distribución de sus fórmulas prematuros y de continuación (-3% y -0.4% respectivamente), lo cual puede estar relacionado con el costo monetario de las fórmulas, cuyo costo comercial varía entre 10 y 40 mil pesos por tarro de 400 gramos.

Por otra parte, la cantidad de productos distribuidos por el subprograma PNAC Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca se incrementó en 305% entre 2016 y 2018, en particular porque el subprograma tenía calidad de piloto el año 2015. Como referencia, la tasa de crecimiento entre los años 2017 y 2018, fue de 58,6%.

Cabe observar que las variaciones en cantidades de productos distribuidos están directamente relacionadas con la evolución de las poblaciones beneficiadas, como se analizará en la sección 4.1 del presente informe.

### **3.2. PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR**

El Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) forma parte de los Programas Alimentarios a cargo del Ministerio de Salud desde el año 1999, y su fin declarado es “contribuir a mejorar y mantener la salud de la población de personas mayores”, en coherencia con el propósito de “mantener el óptimo estado nutricional de micronutrientes por parte de personas mayores a través del acceso a alimentos sanos, seguros y especializados”<sup>33</sup>. Actualmente, el programa se encuentra en fase de reformulación, enfocado en ajustar la población potencial y objetivo y modificar los productos entregados<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> Norma Técnica de los Programas Alimentarios, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, 2016. Definición del propósito en base a la última ficha aprobada por el Programa.

<sup>34</sup> La reformulación del PACAM se encuentra en proceso, por lo que no se maneja información oficial sobre los cambios concretos que se proponen.

A través del PACAM se distribuyen alimentos fortificados con micronutrientes a personas mayores, en los establecimientos de APS del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Según la norma técnica del año 2016, sus objetivos son:

1. Entregar un complemento alimentario especialmente diseñado para la persona mayor acorde a sus necesidades.
2. Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales de la persona mayor.
3. Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica de la persona mayor.
4. Contribuir con la detección y control de los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad física y psíquica de la persona mayor.
5. Incentivar una mayor adherencia a las actividades del Programa de Salud del Adulto Mayor en establecimientos de APS.
6. Promover en los establecimientos de APS una modalidad de trabajo integral con relación a las personas mayores, con participación de profesionales del área de atención médica, nutricional, asistencia social, de la familia y de las organizaciones de la propia comunidad.

Los beneficiarios del programa están definidos como usuarios de FONASA (Ley N°18.469) o que, siendo beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, PRAIS, pertenezcan a ISAPRE; que cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- Tener 70 años y más.
- Entre 60 y 69 años que se encuentren o hayan terminado en este rango etario, tratamiento antituberculoso.
- Entre 60 y 69 años, que se encuentren en Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM)<sup>35</sup> que cuenten con la autorización de la SEREMI de Salud correspondiente.
- Entre 65 y 69 años que pertenezcan o hayan pertenecido en este rango etario al Subsistema Chile Solidario (Ley N°19.949, artículo 1) o Seguridades y Oportunidades -Ingreso Ético Familiar (Ley N°20.595 artículos 3 y 4, específicamente programas Familia, Vínculos, Abriendo Caminos y Personas en Situación de Calle).
- Entre 65 y 69 años que, de acuerdo al Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), estén clasificados como Autovalentes con Riesgo, Riesgo de Dependencia o Dependientes.

<sup>35</sup> Los establecimientos de larga estadía del adulto Mayor (ELEAM) pueden ser privados o públicos. Existen más de 500 establecimientos privados en convenio. Los públicos forman parte del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) del Ministerio de Desarrollo Social, que tienen administración municipal o a cargo de fundaciones sin fines de lucro. Los residentes son personas mayores con dependencia moderada y severa, con alta vulnerabilidad social.



Una vez ingresados al PACAM, los beneficiarios pueden recibir los productos indefinidamente, no existe condición de egreso.

Para el retiro de alimentos, existen tres requisitos:

- Estar inscrito en un establecimiento de APS.
- Tener control de salud al día (según lo establecido en Programa de Salud del Adulto Mayor vigente, del Ministerio de Salud).
- Tener sus vacunas al día según esquema y campaña ministerial vigente. Si el beneficiario ha rechazado alguna o todas sus vacunas, se deberá confirmar que haya completado el flujograma establecido en la normativa del Programa Nacional de Inmunizaciones (consejería y rechazo informado correspondiente).

Además, existen las siguientes excepciones a lo anterior de acuerdo a la Norma Técnica:

- Se autoriza que los beneficiarios de Subsistema Chile Solidario o Seguridades y Oportunidades - Ingreso Ético Familiar, pertenecientes a Isapre o a los sistemas previsionales de las Fuerzas Armadas y de Orden, accedan a los beneficios considerados en el PACAM.
- Para la población en tránsito<sup>36</sup>, la distribución de los productos contemplados en el programa será de acuerdo a lo que dicte el Ministerio de Salud en dicha materia.
- Se hará entrega retroactiva de alimentos sólo cuando el motivo de atraso en la entrega sea por desabastecimiento o falla en la entrega de productos por responsabilidad del Sistema de Salud.
- Podrán existir otras excepciones las que deberán ser resueltas por el Encargado de Programas Alimentarios del Establecimiento de APS, adjuntando antecedentes clínicos, nutricionales y de laboratorio que justifiquen la excepción, las que deberán quedar debidamente respaldadas y ser aprobadas por el Referente de Programas Alimentarios de la SEREMI de Salud respectiva.

Los productos del PACAM se entregan mensualmente, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos, por lo que cada beneficiario debería recibir 1 kg de Crema Años Dorados y 1 kg de Bebida Láctea Años Dorados. Sin embargo, todos los años se evidencia que la cantidad distribuida de cada uno de los productos no es igual, con una mayor tendencia al retiro de bebida láctea, a excepción del año 2017. Este comportamiento refleja, entre otras cosas, que no se cumple la normativa establecida que considera que el beneficiario debe retirar 1 kg de cada producto, sin tener opción a elegir ni modificar la entrega por alguna alternativa, o bien, no se registra correctamente el retiro de los productos.

<sup>36</sup> La población en tránsito no está oficialmente definida por el programa o por el MINSAL. Para efectos de este estudio se considerará como aquella población que modifica el establecimiento de APS al que asiste, sin modificar su inscripción original, por ejemplo, debido a vacaciones.

**TABLA 6 DISTRIBUCIÓN ANUAL DE PRODUCTOS PACAM  
2015-2018 (KG)**

	2015	2016	2017	2018	VARIACIÓN 2015- 2018
Crema A.D	5.092.933	5.162.866	5.194.439	5.535.144	8,7%
Bebida Láctea A.D.	5.093.977	5.163.109	5.182.306	5.537.173	8,7%
Diferencia anual (kg)	1.044	243	12.133	2.029	94,4%

Fuente: elaboración propia en base a Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud.

La Crema Años Dorados tiene cuatro variedades: arvejas, lentejas, espárragos y verduras. Es un alimento instantáneo elaborado en base a cereales y leguminosas y fortificado con vitaminas y minerales. Es entregado en un envase de 500 g, la dilución recomendada es de 50 g en 200 ml de agua caliente, para lo cual cuenta con dosificador de 25 g. Si cada uno de los beneficiarios recibe un kilogramo mensual y sigue la dilución recomendada puede consumir 20 porciones de Crema Años Dorados al mes. En efecto, en el envase se sugiere el consumo “una vez al día de lunes a viernes”.

La Bebida Láctea Años Dorados es un producto en polvo con base en leche y cereales, fortificada con vitaminas y minerales, reducida en lactosa, baja en grasa total y sodio. Se entrega en un envase de 1 kilogramo, su dilución recomendada es de 25 g para 200 ml de agua caliente, para lo cual cuenta con dosificador de 25 g. Por lo tanto, cada beneficiario puede consumir 40 porciones de Bebida Láctea al mes y el envase no se pronuncia respecto del consumo diario sugerido del producto.<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Para mayores antecedentes respecto de la composición de los productos, ver Anexo 10.2.



# POBLACIÓN Y FOCALIZACIÓN POR PROGRAMA



## VI. POBLACIÓN Y FOCALIZACIÓN POR PROGRAMA

### 4.1 PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

#### CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIONES

Para efectos de analizar la cobertura del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, se definen cuatro poblaciones distintas, que componen la población total:

1. Niños de 0 hasta 6 años, excluyendo los que reciben lactancia materna exclusiva entre los 0 y 6 meses.<sup>38</sup>
2. Gestantes.
3. Mujeres que amamantan hasta el 6° mes postparto.
4. Personas de 6 años o más diagnosticadas con Errores Innatos del Metabolismo (EIM).

La población potencial de los tres primeros grupos se determina en base a datos demográficos del Instituto Nacional de Estadísticas, para los años 2015 a 2018. El número de niños menores de 6 años se calcula considerando la población estimada para dicho rango de edad, restando los niños de 0 a 6 meses<sup>39</sup>, que reciben lactancia materna exclusiva.<sup>40</sup> El número de gestantes se estima en función del número de nacimientos por año, corrigiendo por 9/12, para incorporar el número de meses en que son beneficiarias del programa. Finalmente, las mujeres que amamantan hasta el 6° mes de postparto se estiman en base al número de nacimientos en el país, corregido por el número de meses en que reciben el beneficio (6/12) y por el porcentaje de los niños controlados entre el 1° y 6° mes de edad, en establecimientos de salud pública, que tienen algún grado de lactancia materna.<sup>41</sup>

Respecto de las personas diagnosticadas con errores innatos del metabolismo, la manera ideal para estimar la correspondiente población potencial sería mediante tasas de incidencia o prevalencia de estas patologías, las cuales son de por vida, en la población chilena. Sin embargo, dada la baja frecuencia de estas enfermedades, el Ministerio de Salud no cuenta con estudios o guías clínicas para las patologías que permitan contar con información de esta naturaleza. Por lo tanto, para efectos del presente estudio, se realizaron estimaciones en base a información del programa PNAC EIM reportada por el INTA, la cual adolece de importantes limitaciones, que serán detalladas a continuación.

<sup>38</sup> Cabe observar que dentro de esta población están incorporados niños nacidos prematuros extremos, así como los que presentan alergia a la proteína de leche de vaca y errores innatos del metabolismo.

<sup>39</sup> El total de niños entre 0 y 6 meses se estima como 50% de la población estimada por el INE menor a 1 año.

<sup>40</sup> No se cuenta con datos estadísticos respecto de lactancia materna a nivel nacional, por lo que, para efectos de la estimación, se supone que las tasas de lactancia materna exclusiva para niños de 0 a 6 meses en el sistema privado de salud y sistemas previsionales de las FFAA, son las mismas que en el sistema público, es decir, 68%. Dicho porcentaje es a la vez un promedio entre las tasas de lactancia materna exclusiva de niños controlados al 1°, al 3° y al 6° mes de edad.

<sup>41</sup> Se supone que las tasas de lactancia materna en el sistema privado de salud y sistemas previsionales de las FFAA, son las mismas que en el sistema público, y se excluyen solamente los niños que reciben fórmula exclusiva, es decir, 8%.

Por una parte, se cuenta solamente con información a diciembre del año 2018, la cual fue construida luego de repetidas solicitudes por parte de MINSAL al INTA<sup>42</sup>. Para cada uno de los EIM, se cuenta con el número de personas que, a dicha fecha, estaban retirando productos (“activos”) y los que habían dejado de hacerlo (“inactivos”). Como proxy de población potencial, se considera la suma de población activa e inactiva. Cabe observar que esta medida subestima la población potencial EIM, ya que asume que toda la población afectada por EIM ha sido debidamente diagnosticada y ha retirado alguna vez productos que le corresponden.

Dado que no se cuenta con información para los años 2015 a 2017, y a falta de mejor información, se asume que la población de activos e inactivos era la misma que la del año 2018, pero se considera para cada año sólo las patologías que estaban incorporadas al programa<sup>43</sup>. Finalmente, se cuenta con la distribución por edad solamente para los beneficiarios activos, por lo que, para efectos de las estimaciones, se determina la población potencial de 6 años o más, aplicando el mismo porcentaje de beneficiarios en dicho tramo de edad, bajo el supuesto que la edad de la población inactiva tiene la misma distribución que la de los beneficiarios.

**TABLA 7 POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO PNAC**

GRUPO	2015	2016	2017	2018	VAR 2015-2018
Niños 0-6 años	1.411.159	1.405.079	1.393.859	1.382.631	-2,0%
Gestantes	184.569	175.142	170.629	173.069	-6,2%
Mujeres que amamantan hasta el 6° mes postparto	112.995	107.224	104.461	105.955	-6,2%
Errores Innatos de Metabolismo 6 años o más	310	333	333	333	7,4%
<b>Total</b>	<b>1.709.033</b>	<b>1.687.778</b>	<b>1.669.282</b>	<b>1.661.989</b>	<b>-2,8%</b>

Fuente: elaboración propia en base a información del Instituto Nacional de Estadísticas al 30.06.2019 y Ministerio de Salud

Dado el carácter universal de los programas y que los beneficiarios no deben cumplir requisitos particulares respecto de su situación previsional, se asimila la población objetivo del programa a la población potencial.

42 El Programa PNAC EIM estuvo por meses sin seguimiento por parte del Departamento de Nutrición y Alimentación. Al asumir la actual encargada del subprograma en mayo de 2018, los registros encontrados contaban con información incompleta de pacientes, sin RUT, fecha de nacimiento, sin información de retiros mensuales, entre otros. A octubre de 2019, todavía no se lograba obtener, de parte del INTA, información histórica de pacientes activos e inactivos, fecha de nacimiento e ingreso al programa, entre otros datos.

43 Es decir, para 2015, Fenilcetonuria (PKU), enfermedad de orina olor a jarabe de arce, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia isovalérica y defectos del ciclo de la urea; para 2016 se agrega aciduria glutárica tipo 1, defectos de la betaoxidación, homocistinuria y tirosinemia tipo 1; y para 2018, se agrega Glut 1 y Glut 2.

Para el caso de los niños que presentan alergia a la proteína de la leche de vaca, el programa se inició como un piloto el año 2016, extendiéndose luego sólo a beneficiarios del sistema público y FFAA, sin ser, por ende, de carácter universal. Sin embargo, considerando que desde el año 2019 pasa a extenderse a beneficiarios extrasistema, no se trata esta población de manera diferenciada dentro del grupo de niños de 0 a 6 años.

Respecto de los beneficiarios del PNAC, se determina para cada año el promedio mensual de personas que retiran productos de los distintos subprogramas, reportados en los Resúmenes Estadísticos Mensuales del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, del Ministerio de Salud.

Cabe destacar que esta medida es sólo una estimación de los beneficiarios, ya que al momento del retiro del producto, los equipos de los Programas Alimentarios de los establecimientos de salud registran qué personas retiran el producto en fichas en papel, y se reporta de manera electrónica sólo el número total de personas que retira productos cada mes por subprograma, con una caracterización de los beneficiarios (edad de los niños, estado nutricional de las gestantes y lactancia de madres), pero sin una identificación de éstos en los registros y estadísticas propios de los Programas Alimentarios, a nivel del sistema de salud<sup>44</sup>.

De acuerdo a un levantamiento realizado por el Programa, en cerca del 26% de los establecimientos de atención primaria de salud existen fichas electrónicas de pacientes que cuentan con un módulo de Programas Alimentarios. Los sistemas informáticos utilizados y la información recopilada en dicho módulo son distintos, dependiendo del municipio o del servicio de salud del que dependen. Los Servicios de Salud y el Ministerio de Salud a nivel regional y central no tienen acceso a reportes generados con esta información, pudiendo acceder a ella sólo mediante solicitudes especiales a cada proveedor del servicio. Por lo tanto, esta información individualizada sobre entrega de productos no es utilizada ni para cotejar la información que se recopila a través de los resúmenes estadísticos del Ministerio, ni para enriquecer los análisis que se puedan realizar en el contexto del monitoreo del programa.

Por lo tanto, no hay información disponible que permita establecer si los beneficiarios son las mismas personas que retiran mensualmente, o son más beneficiarios con un comportamiento irregular de retiro. Estas limitaciones de información tampoco permiten verificar centralizadamente con fuentes externas el cumplimiento de requisitos por parte de quienes retiran los productos, ni establecer relaciones de causalidad entre indicadores de salud o estado nutricional y la participación o no en el PNAC. Se evalúa negativamente estas falencias en la calidad de la información del Programa, ya que comprometen severamente la posibilidad de realizar el control de gestión y resultados del programa.

<sup>44</sup> En el caso de las personas diagnosticadas con EIM, por la forma centralizada en que se entrega el producto y los requisitos adicionales que deben cumplir los beneficiarios, sí existe la identificación de los beneficiarios que retiran el producto, aunque con importantes debilidades en la calidad de la información.

Para estimar los beneficiarios EIM para el año 2018, se determina el número de beneficiarios activos a diciembre de 2018 mayores a 6 años. Para los años anteriores, a falta de mejor información, se sustrae del dato de 2018 los beneficiarios cuyas patologías no estaban cubiertas en cada año. Por lo tanto, esta información es solamente referencial y permite tener una noción de cómo habría aumentado el número de beneficiarios

**TABLA 8 BENEFICIARIOS PNAC 2015-2018**

GRUPO	2015	2016	2017	2018	VAR 2015-2018
Niños 0<6 años	637.613	603.606	564.405	562.816	-11,7%
Gestantes	57.490	52.415	49.466	50.907	-11,4%
Mujeres que amamantan hasta el 6° mes postparto	38.898	34.397	30.564	29.985	-22,9%
Errores Innatos de Metabolismo 6 años o más	236	250	250	251	6,4%
<b>Total</b>	<b>734.236</b>	<b>690.668</b>	<b>644.684</b>	<b>643.959</b>	<b>-12,3%</b>

Fuente: elaboración propia en base a información de retiros mensualizados de Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud e información proporcionada por el Ministerio de Salud e INTA.

Se observa que todos los grupos presentan una reducción en el número de beneficiarios, que es significativamente superior a la reducción en la respectiva población potencial en el mismo período, por lo que no puede explicarse simplemente por factores demográficos.<sup>45</sup> Además, la falta de información sistematizada mencionada anteriormente no permite plantear y analizar potenciales causas.

#### COBERTURAS

En base a las cifras estimadas de población objetivo y beneficiarios del PNAC, se determinan las coberturas para cada grupo.

**TABLA 9 COBERTURA PNAC, 2015-2018**

GRUPO	2015	2016	2017	2018
Niños 0<6 años	45,2%	43,0%	40,5%	40,7%
Gestantes	31,1%	29,9%	29,0%	29,4%
Mujeres que amamantan hasta el 6° mes postparto	34,4%	32,1%	29,3%	28,3%
Errores Innatos de Metabolismo 6 años o más	76,1%	75,1%	75,1%	75,4%
<b>Total</b>	<b>43,0%</b>	<b>40,9%</b>	<b>38,6%</b>	<b>38,7%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a INE, REM del Ministerio de Salud y e información proporcionada por el Ministerio de Salud e INTA

<sup>45</sup> Dada la forma de construir la información de beneficiarios EIM en el período, no se pueden sacar conclusiones respecto del incremento.



Menos de un cuarenta por ciento de la población objetivo recibe los beneficios del PNAC, cifras que se consideran relativamente bajas, en particular considerando el carácter universal del programa. Más aún, dichas coberturas disminuyen en el tiempo, para todos los grupos. De los grupos analizados, la cobertura es más baja para las gestantes y mujeres que amamantan.

Respecto de la caracterización de los beneficiarios por subprograma, se observa que el PNAC Básico es el subprograma que concentra la gran mayoría de los beneficiarios, con 97% o más de los niños, gestantes y mujeres que amamantan (Tabla 10).

**TABLA 10 BENEFICIARIOS PNAC POR SUBPROGRAMA**

GRUPO Y SUBPROGRAMA	2015	2016	2017	2018	VAR 2015-2018
Niños 0<6 años	637.613	603.606	564.405	562.816	-11,7%
Básico	622.840	589.125	550.177	546.491	-12,3%
Refuerzo	12.057	11.535	10.854	10.930	-9,3%
Prematuro Extremo	2.622	2.601	2.613	2.645	0,9%
APLV	19	246	662	2.645	299,3%
EIM 0 a 6 años	75	99	99	105	40,0%
Gestantes	57.490	52.415	49.466	50.907	-11,4%
Básico	54.532	50.071	47.414	49.015	-10,1%
Refuerzo	2.958	2.344	2.052	1.892	-36,0%
Mujeres que amamantan hasta el 6° mes postparto	38.898	34.397	30.564	29.985	-22,9%
Básico	38.142	33.844	30.021	29.486	-22,7%
Refuerzo	756	553	543	499	-34,0%
Errores Innatos de Metabolismo 6 años o más	236	250	250	251	6,4%
<b>Total</b>	<b>734.236</b>	<b>690.668</b>	<b>644.684</b>	<b>643.959</b>	<b>-12,3%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a REM del Ministerio de Salud y e información proporcionada por el Ministerio de Salud e INTA

Asimismo, en el mismo período se produjo un rápido incremento en el número de beneficiarios del subprograma para niños con alergia a la proteína de la leche de vaca, que responde a la ampliación de cobertura del programa a usuarios de sistema privado de salud.

Al analizar el sistema de salud al que pertenece el beneficiario, en que “intrasistema” se refiere al sistema público de salud, y “extrasistema” considera el sistema privado de salud (Isapre) y los sistemas previsionales de las Fuerzas Armadas, se observa que los beneficiarios del programa PNAC son principalmente provenientes del sistema público de salud, en una proporción significativamente mayor que la población general<sup>46</sup>, porcentaje que además es creciente en el tiempo, para todos los grupos de poblaciones beneficiarias.

**TABLA 11 BENEFICIARIOS PNAC POR SISTEMA DE SALUD**

GRUPO Y SISTEMA DE SALUD	2015	2016	2017	2018
Niños 0<6 años	468.196	438.865	400.735	397.873
Intrasistema	90,7%	91,5%	92,2%	93,1%
Extrasistema	9,3%	8,5%	7,8%	6,9%
Gestantes	57.490	52.415	49.466	50.907
Intrasistema	98,7%	98,9%	99,1%	99,3%
Extrasistema	1,3%	1,1%	0,9%	0,7%
Mujeres que amamantan hasta el 6° mes postparto	38.898	34.397	30.564	29.985
Intrasistema	95,0%	95,3%	96,1%	96,9%
Extrasistema	5,0%	4,7%	3,9%	3,1%
Errores Innatos de Metabolismo 6 años o más	236	250	250	251
Intrasistema	S/I	S/I	S/I	S/I
Extrasistema	S/I	S/I	S/I	S/I
<b>Total</b>	<b>564.819</b>	<b>525.927</b>	<b>481.015</b>	<b>479.016</b>

Fuente: elaboración propia en base a REM del Ministerio de Salud e información proporcionada por el Ministerio de Salud e INTA

Las cifras anteriores denotan que, aunque el programa está planteado como universal, los potenciales beneficiarios del PNAC que están fuera del sistema público de salud, pese a tener derecho a los distintos alimentos entregados, no realizan las gestiones para retirar los productos. Lo anterior, considerando que no se le niega alimento a personas que cumplan con los requisitos.

La siguiente tabla muestra que incluso al considerar exclusivamente a la población adscrita al sistema público de salud, bajo control de salud, las cifras de cobertura del PNAC se incrementan, pero no alcanzan el 60% para ninguno de los grupos bajo análisis.

<sup>46</sup> Según el Boletín Estadístico de FONASA 2017-2018, la población beneficiaria de FONASA el año 2018 era de 14.242.655 personas, un 75,9% de la población total del país según cifras del INE. Cabe observar que dicho año, la población inscrita validada en establecimientos de Atención Primaria de Salud era de 12.642.902 personas. A modo de referencia, el año 2018, un 73,2% de los niños de menos de 5 años y un 78,6% de las mujeres entre 20 y 34 personas eran beneficiarios de FONASA.

**TABLA 12 COBERTURA PNAC, POBLACIÓN INTRASISTEMA**

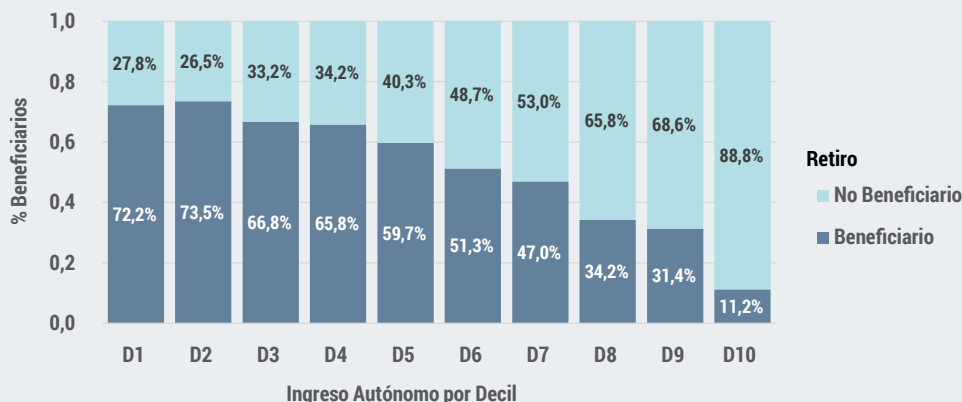
GRUPO	2015	2016	2017	2018
Niños 0<6 años				
Población Bajo Control	905.694	887.882	877.598	866.978
Beneficiarios Intrasistema	581.040	554.767	522.779	525.805
Cobertura	64,2%	62,5%	59,6%	60,6%
Gestantes				
Población Bajo Control	96.286	90.805	90.149	89.486
Beneficiarios Intrasistema	56.754	51.862	49.010	50.540
Cobertura	58,9%	57,1%	54,4%	56,5%
Mujeres que amamantan hasta el 6° mes postparto				
Población Bajo Control	71.686	66.191	67.766	75.297
Beneficiarios Intrasistema	36.934	32.768	29.384	29.060
Cobertura	51,5%	49,5%	43,4%	38,6%

Nota: Se estiman los beneficiarios en base al promedio de retiros mensuales de productos.  
Fuente: elaboración propia en base a INE, REM del Ministerio de Salud

Al analizar los datos de cobertura del PNAC por decil de ingreso autónomo del hogar<sup>47</sup> de los niños de 0 a 6 años el año 2017, se observa que la tasa de retiro depende fuertemente del nivel socioeconómico de los beneficiarios, con una importante reducción para los tres deciles de mayores ingresos. En particular, se observa que aproximadamente uno de cada cuatro niños en los dos deciles de ingresos más bajos recibió productos alimentarios del PNAC en los últimos 3 meses (Gráfico 1). El efecto anterior también se observa al determinar los beneficiarios que retiran los productos para niños de 0 a 6 años, es decir, Leche Purita Fortificada y Purita Cereal, por decil de ingreso autónomo (Gráfico 2).

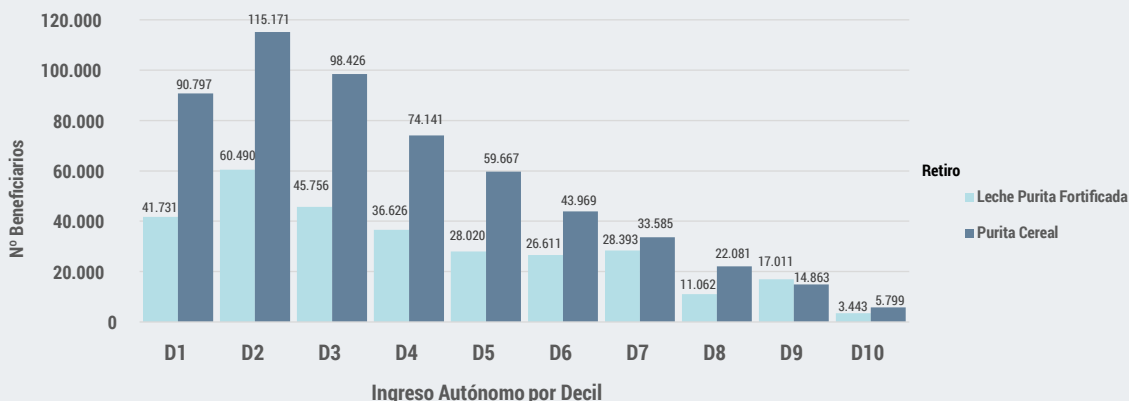
<sup>47</sup> Se entiende como "ingreso autónomo" la suma de todos los pagos que reciben las personas, provenientes tanto del trabajo como de la propiedad de los activos. Estos incluyen sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente, la auto-provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, dividendos y retiro de utilidades, jubilaciones, pensiones o montepíos, y transferencias corrientes.  
([http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen\\_def\\_ingresos.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_def_ingresos.php))

**GRÁFICO 1 COBERTURA PORCENTUAL BENEFICIARIOS PNAC 0-6 AÑOS POR DECIL DE INGRESO AUTÓNOMO (2017)**



Nota: Se considera "Beneficiario" alguien que declara haber retirado productos alimentarios en los últimos 3 meses, y "No Beneficiario", alguien que declara no haber retirado dichos productos.  
Fuente: elaboración en base a Encuesta CASEN, 2017

**GRÁFICO 2 COBERTURA LECHE PURITA FORTIFICADA Y PURITA CEREAL POR DECIL DE INGRESO AUTÓNOMO (2017)**



Fuente: elaboración en base a Encuesta CASEN, 2017

En conclusión, pese a ser definido como un programa universal, la cobertura del PNAC alcanza niveles relativamente bajos en todos los grupos<sup>48</sup>. En particular, es aproximadamente 40% en el grupo más numeroso de beneficiarios (niños de 0 a 6 años) y es todavía más bajo para gestantes y mujeres que amamantan hasta el 6º mes postparto.

Cuando se considera solamente la población que se controla en el sistema público de salud, los niveles de cobertura se incrementan, pero alcanzan

<sup>48</sup> Con la salvedad del EIM, como ya se explicó anteriormente.

niveles que van entre 40% y 60%. La población bajo control es asimilable a la población que tiene los controles al día, por lo que no se espera que la baja cobertura se deba a que los requisitos (cumplir con controles de salud, vacunas al día) sean excesivos<sup>49</sup>. Al contrario, se evalúa positivamente la condicionalidad de la entrega del beneficio, ya que de esta forma se incentiva la asistencia a controles de salud y el programa se asegura de estar entregando un producto adecuado al estado nutricional y de salud de los beneficiarios.

El hecho que el programa declare que no se ha producido exceso de demanda en el período evaluado, y que ha presentado consistentemente subejecución presupuestaria<sup>50</sup>, sugiere que la baja cobertura se debe más a una baja demanda, es decir, que la población objetivo del programa no necesariamente tiene interés por retirar los productos en las condiciones en que son entregados, o desconoce que tiene derecho a hacerlo. Adicionalmente, el retiro está fuertemente ligado al nivel socioeconómico de los beneficiarios.

En el año 2014, un estudio nacional de aceptabilidad y consumo de los productos de los Programas Alimentarios del Ministerio de Salud “Mi Sopita”, “Purita Mamá” y “Crema Años Dorados”, realizado por la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Chile<sup>51</sup>, concluyó que pese a que la valoración social y de la calidad nutricional de estos productos se ha mantenido en el tiempo, las principales razones declaradas para el retiro de los productos sería el impacto que tendría su consumo en el estado de salud de las personas y por la importancia que se le entrega a la indicación de consumo por parte del equipo de salud. Existe una proporción considerable de beneficiarios que no retiran el producto debido, entre otras razones, a que ignoran que tienen derecho a acceder a este beneficio. En general los participantes del estudio manifestaron una buena aceptabilidad general de los productos, pero algunas variedades de Mi Sopita y Crema Años Dorados presentaron atributos que no fueron bien valorados y algunos lotes de Purita Mamá presentaron mala aceptabilidad, debido al olor del producto.

49 En efecto, cuando el beneficiario no se encuentra con controles o vacunas al día por causales que son de responsabilidad del sistema de salud, los alimentos son entregados de todos modos al beneficiario.

50 Ver sección 6.2

51 Universidad de Chile (2014)

Cabe hacer hincapié, además, que los análisis anteriores de cobertura se ven limitados por las deficiencias ya mencionadas en la estimación de cifra de beneficiarios, ya que los sistemas de información del programa no permiten individualizar quiénes realizan los retiros. Lo anterior se ve agravado por el hecho que el programa no puede asegurar que los productos efectivamente sean consumidos por las personas que retiran. En efecto, el estudio anterior recalca que existe una alta proporción de beneficiarios que no consumen los productos frecuentemente o, incluso, que pese a retirarlo, deciden almacenarlo, regalarlo o compartirlo con su familia. Un estudio del 2012 sobre consumo y valoración de la Leche Purita Fortificada y Cereal también destaca que se genera un mercado informal de compraventa del producto, en particular en sectores más vulnerables.<sup>52</sup>

## 4.2. PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR

### CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LAS POBLACIONES

La caracterización de la población potencial, población objetivo y beneficiaria fue consensuada con el programa<sup>53</sup>, llegando a las siguientes definiciones:

La población potencial son todas aquellas personas mayores residentes en Chile que tengan 60 o más años, independiente del sistema salud al que pertenezcan. Para cuantificar esta población consideramos dentro de la base de datos del INE<sup>54</sup> a los hombres y mujeres con 60 o más años.

**TABLA 13 POBLACIÓN POTENCIAL DEL PACAM 2015 -2018**

	2015	2016	2017	2018	VARIACIÓN 2015- 2018
Población Potencial	2.758.908	2.867.961	2.980.921	3.103.713	12,5%

Fuente: INE

<sup>52</sup> Mujica et. al (2012)

<sup>53</sup> Reunión de trabajo realizada en septiembre 2019.

<sup>54</sup> Base de datos actualizada al 30 de junio de 2019.

Considerando que la población objetivo del programa presentó cambios en el año 2016 y 2017, se acuerda que se considerará la población definida para el año 2017 y 2018. Esta se compone de los siguientes subgrupos, todos usuarios de FONASA o beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)<sup>55</sup> que pertenezcan a ISAPRE:

- Persona mayor de 70 años y más que tenga el control de salud al día.
- Persona mayor de 70 años perteneciente a PRAIS.
- Persona mayor que tengan entre 60 y 69 años que se encuentren o hayan terminado en este rango etario, tratamiento antituberculoso<sup>56</sup>.
- Persona mayor entre 60 y 69 años, que se encuentren en Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM)<sup>57</sup> que cuenten con la autorización de la SEREMI de Salud correspondiente<sup>58</sup>.
- Persona mayor entre 65 y 69 años que pertenezcan o hayan pertenecido en este rango etario al Subsistema Chile Solidario (Ley N°19.949, artículo 1) o Seguridades y Oportunidades -Ingreso Ético Familiar (Ley N°20.595 artículos 3 y 4, específicamente programas Familia, Vínculos, Abriendo Caminos y Personas en Situación de Calle)<sup>59</sup>.
- Persona mayor entre 65 y 69 años que, de acuerdo con el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), estén clasificados como Autovalentes con Riesgo, Riesgo de Dependencia o Dependientes.

Existen dificultades metodológicas en la cuantificación de cada uno de los subgrupos. Cada uno proviene de fuentes distintas, con actualizaciones y periodicidad particular de cada una de ellas.

<sup>55</sup> La fuente de información de PRAIS se construye en base a los REM d, en los cuales, están identificados mensualmente los beneficiarios PRAIS que cumplen con los distintos requisitos. Para el cálculo de la población objetivo, se consideró como un subgrupo las personas mayores PRAIS con más de 70 años, ya que el resto PRAIS, ya está considerada en el cálculo de los beneficiarios.

<sup>56</sup> Es importante señalar que el programa no maneja información específica para este subgrupo.

<sup>57</sup> Los establecimientos de larga estadía pueden ser privados o parte del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) del Ministerio de Desarrollo Social, que tienen administración municipal o a cargo de fundaciones sin fines de lucro. Los residentes son personas mayores con dependencia moderada y severa, con alta vulnerabilidad social. (<http://www.senama.gob.cl/establecimientos-de-larga-estadía-para-adultos-mayores-eleam>).

<sup>58</sup> El programa no maneja información específica para este subgrupo.

<sup>59</sup> El programa no maneja información específica para este subgrupo.

**TABLA 14 DETALLE DE POBLACIÓN OBJETIVO PACAM 2015 -2018**

	2015	2016	2017	2018	FUENTE
Hombres y mujeres sobre 70 años en control de salud	655.829	681.249	787.783	728.397	REM P5 diciembre sección B
PRAIS Mayores de 70	89.330	260.769	100.225	83.745	PRAIS Mayores de 70 años REM D
65 - 69 años (alteración de funcionalidad)	11.122	10.885	8.352	14.008	REM 16
60 - 69 años con tuberculosis	1.967	1.630	1.541	1.516	Se utiliza información de los beneficiarios efectivos
65 - 69 años (Programa Vínculos, Chile Solidario, Seguridad y Oportunidades, Familia, Vínculos, Abriendo Caminos, Calle u otro)	98.477	50.167	32.929	27.229	Se utiliza información de los beneficiarios efectivos
60 - 69 años en ELEAM autorizado	-	14.263	17.705	19.926	Se utiliza información de los beneficiarios efectivos
<b>Total</b>	<b>856.725</b>	<b>1.018.963</b>	<b>948.535</b>	<b>874.821</b>	

Fuente: elaboración propia en base a Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud

La población beneficiaria es toda aquella que recibe alguno de los productos. Existen registros de retiros de productos Crema Años Dorados y de Bebida Láctea Años Dorados, que difieren entre ellos a pesar de que la normativa indica que cada beneficiario debiese recibir un kilogramo de cada uno cada vez que lo retira del consultorio.<sup>60</sup> Para calcularla, se mensualiza el retiro anual de cada uno de los productos.

**TABLA 15 REGISTRO MENSUALIZADO DE RETIRO DE PRODUCTOS (KG) 2015- 2018**

	CREMA AÑOS DORADOS	BEBIDA LÁCTEA	DIFERENCIA ANUAL EN KG
<b>2015</b>	422.942	423.043	101
<b>2016</b>	429.302	429.183	119
<b>2017</b>	431.898	430.452	1.446
<b>2018</b>	461.321	461.348	27

Fuente: elaboración propia en base a Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud

Por lo tanto, para calcular la población beneficiaria, se considerará el registro mensualizado de retiro que sea mayor entre Crema Años Dorados y Bebida Láctea Años Dorados, considerando como un proxy que el retiro de los alimentos se realiza constante durante todos los meses del año.

<sup>60</sup> Esta diferencia se debe principalmente al incumplimiento de la normativa en relación con la entrega de los productos, donde se señala claramente que debe entregarse un kilogramo de cada uno de los productos, sin tener la opción de elegir o a errores en los registros de las entregas.



**TABLA 16 BENEFICIARIOS PACAM 2015-2018**

	2015	2016	2017	2018	VARIACIÓN 2015-2018
Beneficiarios	422.942	429.302	431.898	461.321	9,1%

Fuente: elaboración propia en base a Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud

Cabe observar que las falencias de registro de información de beneficiarios y retiros que se da en el PNAC se repiten en el PACAM, ya que se utilizan sistemas y formatos de registro similares.

## COBERTURA

En base a los cálculos previos, la cobertura de la población objetivo sobre la población potencial promedio del período es de 31,6% y la cobertura promedio del período de beneficiarios sobre población objetivo es de 47,4%.

**TABLA 17 COBERTURA PROGRAMA PACAM (2015-2018)**

	POBLACIÓN POTENCIAL	POBLACIÓN OBJETIVO	BENEFICIARIOS	PO/PP	B/PO
2015	2.758.908	856.725	422.942	31,1%	49,4%
2016	2.867.961	1.018.963	429.302	35,5%	42,1%
2017	2.980.921	948.535	431.898	31,8%	45,5%
2018	3.103.713	874.821	461.321	28,2%	52,7%
			Promedio	31,6%	47,4%

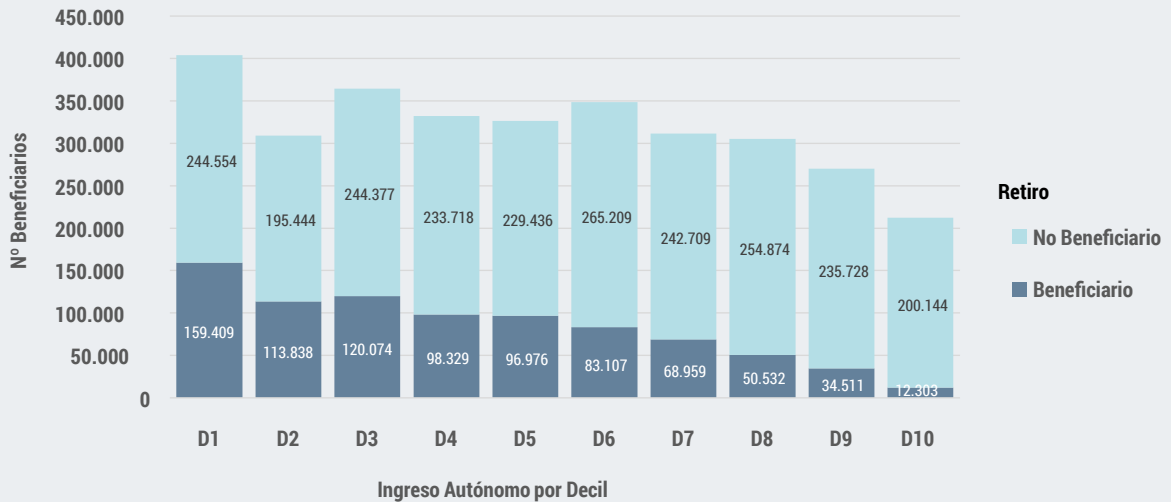
Fuente: elaboración propia en base a Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud e información INE

Al analizar los datos de cobertura de los productos del PACAM por decil de ingreso autónomo<sup>61</sup> de los beneficiarios, a partir de la encuesta CASEN 2017, se observa que, al igual que para el caso del PNAC, la tasa de retiro depende fuertemente del nivel socioeconómico de los beneficiarios, con una fuerte reducción para los deciles de mayores ingresos<sup>62</sup>, lo que se observa en el Gráfico 3.

<sup>61</sup> Se entiende como "ingreso autónomo" la suma de todos los pagos que reciben las personas, provenientes tanto del trabajo como de la propiedad de los activos. Estos incluyen sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente, la auto-provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, dividendos y retiro de utilidades, jubilaciones, pensiones o montepíos, y transferencias corrientes. ([http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen\\_def\\_ingresos.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_def_ingresos.php))

<sup>62</sup> Cabe observar en todo caso que estas cifras son sólo referenciales, ya que la consulta se realiza a todos los mayores de 60 años, independiente de si cumplen los requisitos de sistema de salud y otros para recibir los alimentos del PACAM.

**GRÁFICO 3 COBERTURA BEBIDA LÁCTEA Y CREMA AÑOS DORADOS POR DECIL DE INGRESO AUTÓNOMO (2017)**



Nota: Se considera "Beneficiario" una persona de 60 años o más que declara haber retirado productos alimentarios en los últimos 3 meses, y "No Beneficiario", una que declara no haber retirado dichos productos.  
Fuente: elaboración en base a Encuesta CASEN, 2017

La cobertura del programa es baja, situación que el programa reconoce y relaciona con diversos factores: (1) la aceptabilidad de los productos es baja, es decir, las personas que retiran los productos declaran que no siempre les gustan las características organolépticas de los productos (sabor, color, textura y olor) y en una manera comparativa, prefieren la Bebida Láctea Años Dorados por sobre las Cremas Años Dorados; (2) hay distintos mitos en torno al programa, tales como que existen menos productos que beneficiarios, entonces, si alguien retira algún producto, le quita la "oportunidad" de retirarlo a otra persona que lo necesite; (3) hay poca difusión del programa; (4) el programa tiene considerado en su diseño cuatro variedades de Crema Años Dorados, sin embargo, no hay control en relación a la rotación que existe y por lo tanto, no es posible asegurar si se logra la variedad deseada.

El artículo "Determinantes de no-participación en el programa de alimentación complementaria en personas mayores, resultados de la CASEN 2015"<sup>63</sup> analiza distintas características de la población que no retira los productos del PACAM e indica que la población que no retira es principalmente femenina, y que el no retiro se explica principalmente por el rol de jefe de hogar de la persona mayor; por no participar en actividades sociales y por presentar algún grado de dificultad física y/o movilidad, mudez, dificultad siquiátrica, mental o intelectual. Las personas que viven a más de 2,5 km del centro de salud tienen menor probabilidad de ir a buscar

63 Revista Chilena de Nutrición 2019; 46 (1): 50-56.

los productos y mientras mayor es el grado de escolaridad de las personas, disminuye la probabilidad de que retiren los productos.

Es importante destacar que existe una problemática mayor, que es que los Programas Alimentarios no tienen una gestión de la información de los beneficiarios que retiran los productos. Esto se debe a que los establecimientos de APS utilizan diversos tipos de plataformas tecnológicas para registrar de manera detallada características de quienes retiran los productos, tales como nombre, edad, fecha de retiro, fecha del próximo retiro. Sin embargo, no existe una gestión de la información que permita identificar de manera agregada quiénes son los beneficiarios que retiran los productos, ni hacer un estudio de comportamiento de los mismos a lo largo del tiempo. Los Servicios de Salud y establecimientos dependientes de municipios no necesariamente tienen el mismo sistema de gestión de información, existiendo actualmente cerca de nueve sistemas distintos<sup>64</sup> que no tienen necesariamente un módulo para Programas Alimentarios.

Por otro lado, el Programa en su diseño e implementación se hace cargo hasta la entrega de los productos, sin embargo, no se conoce si es que los beneficiarios que retiran el producto efectivamente los consumen. En base a la información levantada en las entrevistas, se ha señalado que algunos productos retirados son abandonados en los mismos establecimientos. Adicionalmente, algunas nutricionistas han indicado que, como estrategia de promoción, se les enseña a los beneficiarios a utilizar los productos en preparaciones como hamburguesas, queques, productos que posiblemente son consumidos no tan solo por el beneficiario, sino que por su grupo familiar.

Por lo tanto, dentro de la población que efectivamente retira el producto, no existe información sistemática que permita identificar si es consumido ni el efecto que pueda tener en esta población. Hasta el momento, el Programa no ha establecido ninguna medida para poder identificar el efecto que tiene en la población beneficiaria, sino que tan solo se ha concentrado en hacer que los productos licitados lleguen a los puntos de entrega lo más oportunamente posible.

---

<sup>64</sup> Sinetsur, Trakcare-Intersystems, RAYEN, AVIS y Solución propia del SS Biobío, OMI, OMI II, ADIS, IRI.

# IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS



## V. IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

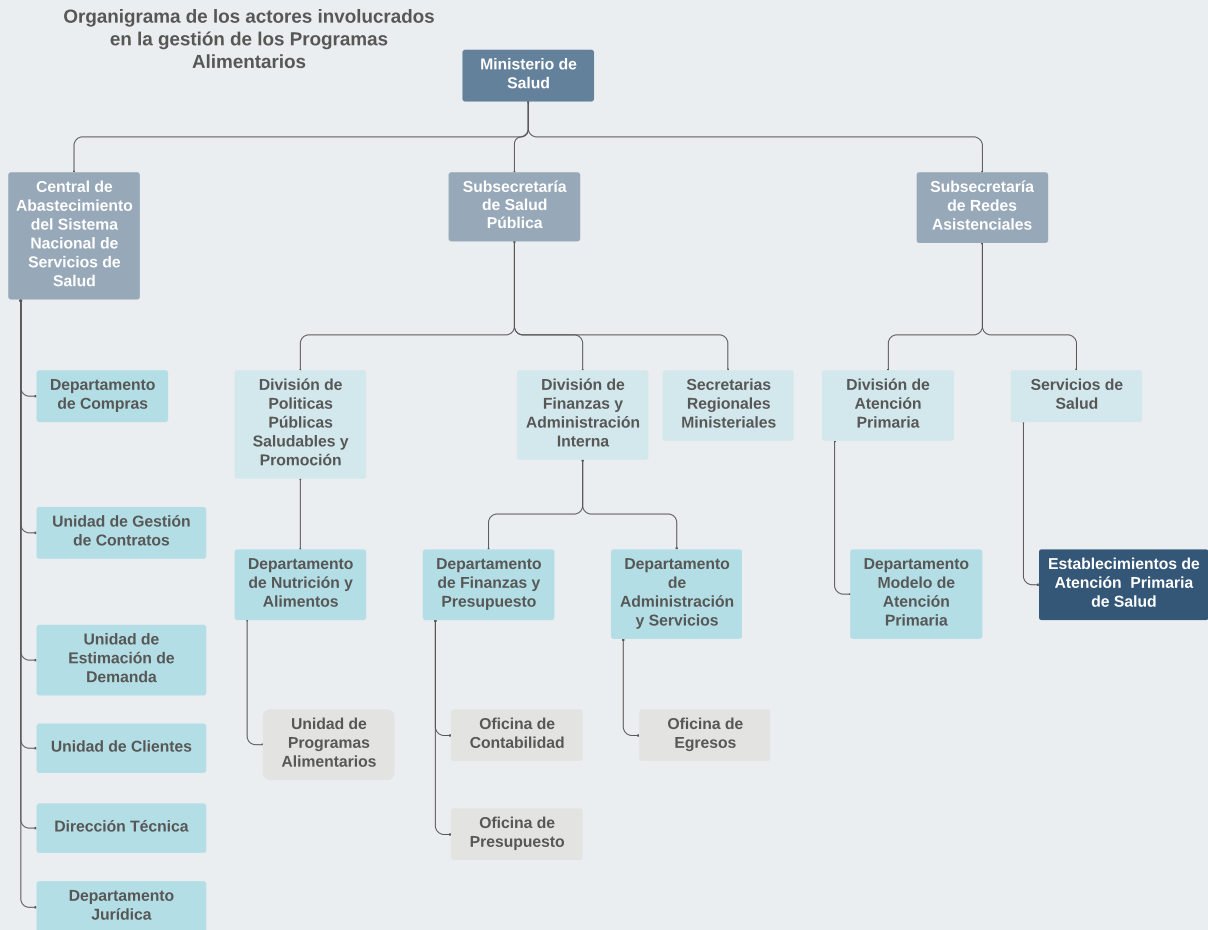
En esta sección se presenta un análisis de la implementación de los programas alimentarios considerando, por una parte, la estructura organizacional y, por otra parte, los procesos de producción correspondientes.

El análisis se basa en un contraste de los procedimientos que se describen en la Norma Técnica de los Programas Alimentarios del año 2016 y en el Manual de Procedimientos de los Programas Alimentarios del año 2015, con la información obtenida en entrevistas semiestructuradas a distintos actores, respecto de cómo se implementan efectivamente estos programas. Se realizaron entrevistas a: encargados de los Programas Alimentarios del Departamento de Nutrición y Alimentos del MINSAL; nutricionista asesora técnica del Departamento de Modelo de Atención Integral de Salud Comunal y jefe del Departamento de Gestión del Cuidado, ambos de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL; referentes de nutrición del Servicio de Salud Metropolitano Occidente y del Servicio de Salud Metropolitano Central; personal de CENABAST; referentes de Programas Alimentarios de la Seremi de Salud de la Región Metropolitana, y lo que se constató en las visitas a un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de San Miguel, de dependencia Municipal, y un CESFAM en la comuna de Estación Central, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Central<sup>65</sup>. El análisis se complementa además con indicadores de bases de datos del programa.

### 5.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

A continuación, se presenta el Organigrama creado por el Programa, para efectos de esta evaluación, en el cual se identifican todos los actores involucrados en la gestión de los Programas Alimentarios. Bajo el alero del Ministerio de Salud, se identifican seis actores: Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, CENABAST, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, los Servicios de Salud y los Establecimientos de Atención Primaria de Salud.

<sup>65</sup> Para más información respecto de las entrevistas realizadas, ver Anexo 10.3



Fuente: Programas Alimentarios

Según la Norma Técnica del año 2016, para dar cumplimiento al propósito y objetivos de los Programas Alimentarios, solo se identifican seis unidades que participan en la gestión administrativa de estos programas. Estas unidades son: (i) el Departamento de Nutrición y Alimentos, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública (DNA), (ii) la Subsecretaría de Redes Asistenciales, (iii) la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), (iv) las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, (v) los Servicios de Salud, y (vi) los establecimientos de salud. No se reconocen, por lo tanto, toda la complejidad de actores y funciones involucrados en los procesos presupuestarios.

Para efectos de la presente evaluación, se han definido tres niveles en la gestión administrativa de ambos programas<sup>66</sup>: (1) central, (2) regional y (3) local, como reordenamiento de los actores explicitados en el organigrama expuesto. Para cada nivel de gestión la Norma Técnica declara funciones específicas y asigna responsabilidades. Sin embargo, en la práctica, dicha norma no refleja a cabalidad las distintas funciones de las instituciones y

<sup>66</sup> La norma técnica anterior a la 2016, es decir, la que estuvo vigente entre 2013 y 2016, planteaba tres niveles de gestión administrativa, iguales a los planteados en esta evaluación.

actores involucrados, que son necesarias para lograr una gestión eficiente y un seguimiento de las responsabilidades y funciones de los actores involucrados. De la misma manera, el organigrama debiese ser consistente con la Norma Técnica, y ambos, definir los roles de los mismos actores.

A nivel de gestión administrativa central se reconoce al Departamento de Nutrición y Alimentos, de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud (DNA), a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), con las siguientes funciones de acuerdo con la norma técnica:

- El DNA es el encargado del diseño del marco técnico y gestión de los programas alimentarios, de coordinar las distintas instituciones involucradas y gestionar el abastecimiento oportuno de los productos, generar planes de difusión y diseñar y ejecutar sistemas de evaluación de procesos.
- La Subsecretaría de Redes Asistenciales es la encargada de coordinar la participación de la Red Asistencial en los programas alimentarios, asegurando referentes en sus distintos niveles, manteniendo informada a dicha red, contribuyendo a la implementación de los programas alimentarios y manteniendo equipos capacitados en los aspectos técnicos y administrativos de los programas.
- CENABAST debe realizar la gestión de las compras de los distintos productos que distribuyen los programas alimentarios, administrar los respectivos contratos, asegurándose de mantener un abastecimiento oportuno, y llevar el registro de los procesos e informes periódicos (stock, pagos, multas, distribución, licitaciones, entre otros).

Sin embargo, en la práctica, no existe claridad de las funciones y relaciones entre el DNA y la Subsecretaría de Redes. Por una parte, el DNA dedica la mayor parte de su trabajo a gestionar el abastecimiento oportuno de los productos, lo que no le permite destinar el tiempo necesario para la planificación, diseño y evaluación de los procesos y las oportunidades de mejora. Ello se evidencia, por ejemplo, en repetidas demoras que se produjeron en la reformulación de bases técnicas para distintas licitaciones durante el período de evaluación, a pesar de la existencia de un procedimiento que define el tiempo de gestión de compras y que en la práctica no se cumple. También se evidencia en la deficiente planificación presupuestaria, como se verá en el capítulo VI.

Por otro lado, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en la práctica no asegura referentes en todos los niveles, ni establece mínimos comunes al respecto que se deban cumplir a nivel nacional. En efecto, existe una gran heterogeneidad entre servicios en lo que respecta la formalización de los cargos de los referentes, como se verá más adelante. Al ser consultada, la Subsecretaría de Redes lo relaciona con la autonomía de los Servicios de Salud, los cuales son organismos funcionalmente descentralizados.

CENABAST tiene ocho personas dedicadas a las funciones que se señalan en la norma técnica, de las cuales solamente dos tienen jornada exclusiva<sup>67</sup>. Adicionalmente, no existe una coordinación adecuada con el DNA para generar las compras de manera oportuna, lo cual ha redundado en retrasos en los procesos de compra y ha obligado en ocasiones a acudir a tratos directos.

A nivel de gestión administrativa regional, se identifican las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) y los Servicios de Salud.

- Cada Seremi de Salud está encargada de gestionar los programas alimentarios en la respectiva región, en coordinación con las demás instituciones involucradas, lo cual considera el monitoreo y evaluación, velar por el abastecimiento continuo y oportuno de productos y por el cumplimiento de las disposiciones que emanen de nivel central en lo relativo a almacenamiento, distribución y gestión de mermas, mantener una coordinación constante con los equipos de Programas Alimentarios de los establecimientos de Atención Primaria de Salud, difundir las políticas y normas y supervisar la implementación de los lineamientos que emanen de la autoridad.
- Los Servicios de Salud deben apoyar a los equipos locales de su territorio en la ejecución de los Programas Alimentarios, implementando la coordinación con la respectiva Seremi de Salud, considerando acciones de capacitación en el marco de dichos programas, monitoreando su ejecución y analizando la información que deriva de dicho monitoreo, y en los casos (minoritarios) de los establecimientos de su dependencia, proveer los recursos necesarios para ejecución de los Programas Alimentarios.

En la práctica, se evidencia que hay un comportamiento heterogéneo entre las SEREMI de Salud de cada región. En particular, la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, durante los primeros años del período de evaluación, no presentó una coordinación fluida con el DNA, situación que se solucionó recién durante el año 2019. Un equipo de tan solo tres profesionales está a cargo de los Programas Alimentarios<sup>68</sup>, ninguna de las cuales con dedicación exclusiva. Lo anterior redundó en que, por falta de tiempo, el equipo se concentra en la gestión de contingencias, en la revisión de pedidos y reportes de estadísticas, dejando de lado las demás actividades. En efecto, el equipo realiza un número muy insuficiente de supervisiones y fiscalizaciones en terreno<sup>69</sup>, desde el año 2016 que no realiza capacitaciones a los equipos de locales, y no se ha hecho cargo del retiro de las mermas por períodos de tiempo extremadamente largos<sup>70</sup>, contraviniendo así lo establecido en la norma técnica. En las demás regiones, por otra parte, hay un referente para el programa sin dedicación exclusiva que en algunos casos logran tener un rol más activo en la gestión de visitas, la organización de capacitaciones y el retiro de mermas de los productos alimentarios.

67 En la sección 6.3 se entrega mayor detalle respecto de este equipo.

68 En el año 2016 había solamente una profesional a cargo de Programas Alimentarios.

69 Como ejemplo, el año 2019 se realizaron tan solo 8 visitas, de los 225 establecimientos de la región.

70 Los últimos retiros se realizaron en junio de 2018, para retirar mermas acumuladas entre los años 1999 y 2017.



Los Servicios de Salud, por su parte, también tienen un accionar heterogéneo y distintos grados de formalización de los cargos de los referentes respectivos. Así, cuando los referentes no están designados formalmente ni tienen una porción de su jornada destinada a los Programas Alimentarios, estos se dedican solamente a coordinar a los establecimientos de su ámbito territorial y a gestionar contingencias relacionadas con la distribución de productos. En cambio, cuando están designados a los Programas Alimentarios mediante resolución, con horas protegidas para ello, estos tienen la capacidad además de realizar visitas a los establecimientos de su ámbito territorial, realizar reuniones periódicas con los nutricionistas encargados de los establecimientos, y revisar las estadísticas preparadas por los establecimientos. El rol de los referentes de los Servicios de Salud es particularmente importante en las regiones de mayor población, en que sirven de apoyo y punto de contacto con el equipo de la respectiva Seremi. Cabe observar, también, que el rol de los referentes de los Servicios de Salud es más activo respecto de establecimientos de dependencia del Servicio, ya que se hacen cargo de gestionar la provisión de materiales para los establecimientos.

La normativa técnica establece funciones, definiendo que cada institución debe contar con personal dedicado a la implementación de los Programas Alimentarios, ya sea en la forma de encargados del programa o referentes técnicos. Sin embargo, el grado de formalidad y de dedicación de los encargados de los Programas Alimentarios es variable. Recién el año 2018 se formalizó la figura de los encargados regionales de la Seremi con dedicación exclusiva, y en base a la información oficial del Programa para el año del año 2017, tan solo 9 de los 29 Servicios de Salud cuenta con encargados nombrados por resolución, y éstas no necesariamente establecen la jornada que deben dedicar a los programas alimentarios<sup>71</sup>. Por lo tanto, en este caso no se cumple la normativa, lo cual, va en desmedro de la correcta implementación y funcionamiento del programa.

Finalmente, a nivel de gestión administrativa local, la Norma Técnica reconoce el funcionamiento de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud.

- Los establecimientos de salud son mayoritariamente de dependencia municipal, parte de la Atención Primaria de Salud. El director del establecimiento debe asegurar que se cuente con el personal mínimo, con sus respectivas capacitaciones, y los recursos físicos y área de distribución para la implementación de los Programas Alimentarios, así como asegurar la continuidad del servicio de distribución de éstos durante el horario de atención regular del establecimiento.

Según información entregada por el programa, para el año 2018 existen tres clasificaciones de establecimientos de salud: dependencia municipal (90,31%), dependencia del servicio de salud (8,89%) y otras instituciones (0,81%).

<sup>71</sup> Para más detalle, ver Anexo 10.4

Los establecimientos de dependencia municipal tienen un comportamiento distinto a los de dependencia directa de los servicios de salud y a "otras instituciones". Por ejemplo, cuando los establecimientos son de dependencia municipal, el municipio nombra un encargado comunal de Programas Alimentarios, con el rol de coordinar los demás establecimientos de su dependencia. También se observa que el rol de los referentes de servicios de salud es más activo en términos de visitas cuando los establecimientos son de su dependencia directa.

Los establecimientos de salud deben contar con un nutricionista encargado de los Programas Alimentarios, uno o más encargados de distribución de bodega, técnico en enfermería de nivel superior o auxiliar de alimentación, y, cuando sea necesario, un auxiliar de servicio encargado de la bodega<sup>72</sup>. Este personal debe ser designado mediante resolución, así como el personal subrogante correspondiente. Sin embargo, no se controla la designación de equipos a través de resolución y los directores de establecimientos prefieren tener la flexibilidad de designar al personal y jornada que estimen conveniente, pudiendo, por lo tanto, destinarlos a otras actividades.

Específicamente, de acuerdo a la Norma Técnica, el encargado de los Programas Alimentarios en establecimientos de Atención Primaria de Salud tiene como funciones asegurar el abastecimiento de productos alimenticios a los beneficiarios del establecimiento de manera oportuna y confiable, mantener la coordinación con las instituciones involucradas en la gestión de los Programas Alimentarios, coordinar y capacitar al equipo local de estos programas, realizar una supervisión diaria y auditorías periódicas (al menos semestrales) sobre la ejecución local del programa, resguardar y enviar información sobre los programas, velar por cumplimiento de la normativa atinente a estos, realizar la difusión local de los programas y realizar, al menos semestralmente, un análisis de información relativa a distribución, coberturas, población objetivo, y otros. Por su parte, el encargado de distribución y bodega del establecimiento es quien realiza la distribución de los productos a los beneficiarios, recibe los productos, mantiene los documentos y registros e informa al encargado respecto de mermas, faltantes, excedentes, entre otros.

Sin embargo, dado que los referentes del programa y encargados de distribución de bodega no cuentan necesariamente con la jornada necesaria y establecida por norma técnica, no es posible asegurar el cumplimiento de todas las funciones descritas, lo que implica una falta grave al seguimiento de la norma. Inclusive, no existe certeza de que en todos los establecimientos se cumpla con el equipo definido anteriormente (nutricionista encargado de Programas Alimentarios, encargado de distribución de bodega, técnico en enfermería de nivel superior o auxiliar de alimentación, y, cuando sea necesario, un auxiliar de servicio encargado de la bodega).

<sup>72</sup> Más información respecto de estos equipos se puede encontrar en la sección 6.2 y Anexo 10.6.

## 5.2. PROCESOS DE PRODUCCIÓN

El proceso de gestión administrativa y técnica de los Programas Alimentarios consta de cinco subprocesos formalizados en el Manual de Procedimientos de los Programas Alimentarios<sup>73,74</sup>. Los cinco procesos detallados en el Manual son:

1. Revisión y actualización de los programas alimentarios
2. Adquisición de los productos alimentarios
3. Monitorear la distribución y pagar los productos alimentarios
4. Apoyar la implementación de los Programas Alimentarios
5. Vigilar y evaluar los Programas Alimentarios

Se evalúa positivamente que el programa haya hecho el esfuerzo de formalizar estos subprocesos, sin embargo, hay importantes desafíos pendientes para lograr su cumplimiento, como se verá a continuación.

### 1. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

Desde la perspectiva evaluativa, es necesario que exista una etapa de planificación y análisis periódico del funcionamiento del programa, que considere un manejo de información adecuado para realizar, entre otros, un cálculo de demanda de los productos, tomando en cuenta posibles ajustes o cambios en los procesos.

Según el Manual de Procedimientos, la revisión y actualización debiese ocurrir en diciembre de cada año, con las siguientes etapas consecutivas:

- a. *Diagnóstico de necesidades: el DNA realiza un análisis del medio para detectar la necesidad de realizar una eventual reformulación de algún subprograma alimentario;*
- b. *Definir plan de compras: el DNA realiza una planificación anual de compras, para el año siguiente, de los distintos productos que distribuyen los Programas Alimentarios; también en diciembre, CENABAST envía al DNA un cronograma anual de compras, información que es incorporada en la planificación del DNA;*
- c. *Elaborar y validar bases técnicas de los productos: previo al inicio de esta etapa, el DNA define si es necesario modificar alguna de las bases técnicas de las licitaciones de compra de los productos de los Programas Alimentarios, en cuyo caso nombra una Comisión de Bases Técnicas; por su parte, CENABAST define si es necesario modificar las respectivas bases administrativas; posteriormente, el DNA elabora las bases técnicas de licitación, considerando las recomendaciones de la Comisión de Bases*

<sup>73</sup> Formalizado a través de la Resolución Exenta. N°347 de 2015 del Ministerio de Salud

<sup>74</sup> En el Anexo 10.5 se pueden encontrar los diagramas de flujo de los respectivos procesos establecidos en el Manual de Procedimientos.

*Técnicas, cuando corresponda, y CENABAST elabora las correspondientes bases administrativas; finalmente ambas instituciones intercambian las bases que elaboraron, para su revisión, observaciones y visto bueno.*

Sin embargo, en base a las entrevistas, se evidencia que las actualizaciones de los Programas Alimentarios y la detección de la necesidad de reformulación de productos son procesos que no se hacen de manera sistemática en diciembre de cada año y en la práctica han tomado mucho más tiempo que el presupuestado, lo que evidencia que es insuficiente el tiempo dedicado a una adecuada planificación y que es conveniente que la planificación se realice antes de Diciembre, con al menos dos meses de holgura.

No existe la definición formal de un plan de compras anual, sino que ello se materializa en mandatos de compra<sup>75</sup> que envía el DNA a CENABAST al momento de iniciar una nueva licitación. Dichos mandatos no se construyen basados en un proceso de planificación anual en base a procesos de proyección de demanda, sino que se asume que los beneficiarios tienen un comportamiento de retiro estable que se mantiene muy similar al año anterior y se aplica un factor de seguridad definido por el DNA para cada producto<sup>76</sup>, para todas las zonas. CENABAST, por su parte, no realiza un envío de un cronograma anual de compras, sino que todos los meses envía un informe de stock actualizado, con información de la distribución mensual de productos por zona y estimaciones de cuántos meses equivalentes de cada producto quedan por distribuir en el marco de la licitación u orden de compra vigente, dando una señal de cuántos meses quedan para que deba entrar en vigencia una nueva licitación.

Las modificaciones de las bases técnicas no ocurren en diciembre de cada año como lo establece el Manual de Procedimientos, sino que generalmente se producen por cambios en la aceptabilidad de los productos. En el período de evaluación se detectaron retrasos en la tramitación de las licitaciones, debidos a demoras en la actualización de las bases técnicas de licitación, como es el caso de la Crema Años Dorados, por reformulación de los productos, que no permitió proceder a tiempo con la licitación. Ello redundó en la necesidad de realizar tratos directos, que generalmente tienen precios mayores a los que se logran mediante licitaciones, lo que será analizado en mayor detalle en el capítulo VI.

Existen dos bases administrativas de licitación, una para productos elaborados y otras para productos comerciales. Ambas requieren actualizaciones urgentes que permitan aumentar la eficiencia y eficacia del proceso de licitación, por lo que MINSAL desde 2017 solicitó formalmente la actualización de bases y durante el año 2019, CENABAST trabajó en

<sup>75</sup> Un mandato de compra se materializa en un oficio ordinario del/la Subsecretario/a de Salud Pública al director de CENABAST, que solicita gestionar la compra de ciertos productos, asociados a cada programa alimentario, estableciendo la cantidad promedio mensual del producto, por cada zona del país, cuando corresponde, y el período a cubrir, que suele ser de 12 meses. También se especifica que dicha compra se cargará a la respectiva asignación presupuestaria del PNAC o PACAM. En algunas ocasiones se establece también la modalidad de compra, sugiriendo, por ejemplo, el uso de Trato Directo, cuando los plazos no son suficientes para asegurar la distribución de productos mediante una licitación abierta.

<sup>76</sup> El factor de seguridad es un porcentaje por el cual se incrementa la proyección de abastecimiento actual, para obtener la proyección de la nueva compra, con la finalidad de resguardar el abastecimiento durante el período de la siguiente licitación. A modo de ejemplo, para las licitaciones del año 2020, se consideró un 5% de factor de seguridad para Purita Cereal y de 2% para Leche Purita Fortificada. Estos porcentajes son definidos de acuerdo al comportamiento del producto, según criterio técnico.

conjunto con el DNA para realizar dichas modificaciones. Las nuevas bases actualmente se encuentran en Contraloría General de la República (CGR) para su correspondiente toma de razón.<sup>77</sup> Se evalúan positivamente las principales modificaciones en las bases y se espera que contribuyan a una mejora en el proceso.

## 2. ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS

Considerando una continuidad en los procesos del programa, en base a la planificación detallada en el primer subproceso, debiese definirse la cantidad de productos alimentarios a adquirir para el siguiente año presupuestario y sus respectivas modalidades de adquisición.

Como se mencionaba anteriormente, el Programa Alimentario maneja dos tipos de productos: productos elaborados y fórmulas comerciales. Los productos elaborados son aquellos manufacturados según características solicitadas por MINSAL en bases técnicas específicas, lo que implica un mayor tiempo de producción. Las fórmulas comerciales ya existen en el mercado nacional o internacional, por lo que tan solo deben ser adquiridas por los correspondientes mecanismos de compras públicas.

Según el Manual de Procedimientos, la adquisición de productos tiene tres etapas consecutivas:

- a. *Elaborar y enviar los mandatos de compra: en febrero de cada año, el DNA realiza la estimación de la demanda por cada producto, según la cobertura de los distintos subprogramas; CENABAST envía al DNA una propuesta de compra de producto cinco meses antes de próxima compra pública de un producto en particular; el DNA valida dicha propuesta de compra según su planificación anual, y luego elabora los mandatos de compra respectivos, los cuales, junto con las bases técnicas de licitación, son enviados a la firma del Subsecretario de Salud Pública, y luego remitidos, junto con un informe de refrendación presupuestaria, vía Oficio Ordinario a CENABAST.*

<sup>77</sup> Las principales modificaciones a las bases administrativas son: Consolidación de ambas bases administrativas en una sola (RA271+RA278); Modificación de la modalidad de adquisición: incorporación de contratos por suministro para los productos con demanda variable; Eliminación de requisitos formales que complican la gestión, como el formulario P-250 como parte del set de pago; Posibilidad de compras plurianuales; Eliminación de todos los aspectos técnicos, los que serán parte de las especificaciones técnicas de cada producto; Reclasificación de multas y sanciones, incorporando situaciones que se han presentado y dándole mayor relevancia a aspectos de calidad e inocuidad de los alimentos; Incorporación de mayores exigencias sobre la información que debe entregar el proveedor, respecto a la ejecución del contrato; Facturación electrónica; Establece obligaciones para el proveedor, en caso de problemas de calidad de los productos; Establece una nueva forma de evaluar las ofertas (cambios en las ponderaciones); Incorporación de adecuación de las cantidades a distribuir mensualmente, tanto al alza como a la baja.

- b. *Llamado a Licitación Pública: CENABAST realiza el llamado a licitación pública, en conformidad a las normas de compras públicas. Cabe observar que cuando la licitación es de productos de fórmulas comerciales<sup>78</sup>, el plazo de publicación, que tienen los postulantes para presentar sus ofertas es de 30 días, mientras que cuando son fórmulas elaboradas<sup>79</sup> el plazo es de 105 días, por cuanto se considera un plazo para la elaboración del producto según la fórmula que establezcan las bases técnicas de la licitación.*
- c. *Seleccionar y adjudicar oferentes: Una vez recibidas las ofertas de la licitación, CENABAST establece una Comisión de Validación y Evaluación Técnica; dicha Comisión valida y evalúa técnicamente las ofertas, y luego realiza la evaluación económica, construyendo un cuadro comparativo de ofertas<sup>80</sup>; las etapas siguientes dependen del monto de la compra:*
- *En caso de que el monto de compra sea inferior a 3.000 UF, es decisión de Director de CENABAST convocar a una comisión que resuelva la adquisición.*
  - *En caso de que el monto de la compra sea superior a 3.000 UF, CENABAST convoca a una Precomisión de Adquisiciones, la cual revisa el cuadro comparativo; luego CENABAST establece una Comisión de Adquisiciones, que resuelve respecto de la adquisición.<sup>81</sup>*

*Posteriormente, el Director de CENABAST debe emitir una resolución de adjudicación, la cual, cuando el monto de compra es superior a 5.000 UTM, está afecta a toma de razón de la CGR. De lo contrario, la adjudicación se formaliza mediante una resolución exenta del Director de CENABAST. Posteriormente a la toma de razón o simple emisión de la resolución, según sea el caso, CENABAST debiese informar de ello vía oficio al Subsecretario de Salud Pública, aunque en la práctica esto no se cumple, y formaliza el contrato con el proveedor.*

En la práctica, según lo declarado por los encargados de Programas Alimentarios del DNA, como se mencionaba en la sección anterior, éste no realiza una estimación de demanda propiamente tal por cada uno de los productos, sino que simplemente supone continuidad respecto del retiro en los últimos 12 meses, con un factor de seguridad definido técnicamente. Este cálculo realizado por el DNA determina las cantidades establecidas en cada mandato de compra enviado. Por lo tanto, en lo operativo, no se cumple el proceso establecido en el Manual de Procedimientos, de envío previo por parte de CENABAST de una propuesta de compra de producto, y posterior validación de DNA.

De acuerdo a lo declarado por CENABAST, el envío del mandato de compra y bases técnicas debiese hacerse al menos 60 días previo a la fecha planificada

<sup>78</sup> Productos importados para los subprogramas PNAC Prematuros Extremos, APLV y EIM y para el Piloto de Inicio (PNAC Básico y Refuerzo).

<sup>79</sup> Productos elaborados a nivel nacional, según las especificaciones establecidas en las bases técnicas de la licitación, para los subprogramas PNAC Básico, PNAC Refuerzo y PACAM.

<sup>80</sup> Los resultados de los procesos de validación y evaluación técnica y evaluación económica son reflejados en actas.

<sup>81</sup> Los participantes de las comisiones y precomisiones están establecidos por la Resolución Exenta N°816 del 6.11.2019. CENABAST participa sólo para presentar los resultados de las ofertas y el DNA, con derecho a voz, para responder consultas técnicas sobre los productos en situaciones particulares.

de la publicación de las bases de licitación, de manera de coordinar y calzar los tiempos administrativos. Hay que considerar además que, desde la publicación de la licitación hasta la primera entrega de los productos en los establecimientos, pasan alrededor de 240 días para el caso de productos elaborados<sup>82</sup> y entre 149 a 179 días para fórmulas comerciales<sup>83</sup>.

Sin embargo, CENABAST señala que repetidas veces ha recibido mandatos de compra con retraso, inclusive un día antes de que se termine el periodo de licitación del producto relacionado. Ello ocurrió por ejemplo producto de demoras en la renovación de bases técnicas de la Crema Años Dorados. Para el caso de la Leche Purita Fortificada, durante el período de evaluación, uno de los mandatos de compra fue enviado con retraso, y durante cuatro meses tres zonas del país tuvieron que ser abastecidas por proveedores de las dos zonas restantes. De la misma manera, el DNA señala que CENABAST también presenta retrasos en la tramitación de los mandatos y que se han generado retrasos en los procesos de toma de razón por parte de Contraloría, en la firma de contratos, así como licitaciones que han resultado desiertas<sup>84</sup>. No fue posible obtener, por parte del programa, estadísticas respecto de las causales de retrasos en los procesos de licitación, que permita aclarar cuáles son las más frecuentes.

Las dificultades en iniciar y tramitar a tiempo los procesos de licitación han redundado en que CENABAST deba, por razones de buen servicio, realizar tratos directos o renovar licitaciones vigentes, para poder garantizar el abastecimiento de los productos alimentarios, con las correspondientes consecuencias negativas sobre la eficiencia y transparencia del proceso de adquisición. En síntesis, la presente evaluación ha relevado que los plazos considerados en el Manual de Procedimientos no se respetan y/o no se adecúan a los tiempos reales necesarios para tramitar las licitaciones públicas, sobre todo ante modificaciones en la formulación de los productos.

### **3. MONITOREAR LA DISTRIBUCIÓN Y PAGAR LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS**

Los proveedores que se adjudican las licitaciones se encargan de producir o importar los productos y además de distribuirlos mensualmente a cada uno de los establecimientos de salud. Para lograr una distribución eficiente de los productos, el proceso de cálculo de productos a distribuir a cada establecimiento debiese considerar el stock actualizado de los productos, la demanda mensual por cada uno de ellos y el espacio físico para almacenar los productos que serán entregados. Una vez que los productos se encuentran distribuidos y recibidos conforme por los establecimientos de salud, se procede a los pagos. En esta sección se analizarán los cuatro procesos principales: programación de distribución, distribución a establecimientos, entrega a beneficiarios y el pago a proveedores.

<sup>82</sup> Consiste en 105 días de publicación, 30 días para evaluación, 45 días para la adjudicación y 60 días para elaboración y entrega en establecimiento.

<sup>83</sup> Consiste en 30 días de publicación, 30 días para evaluación, 45 o 15 días para la adjudicación (dependiendo de si el monto exige ir a toma de razón de Contraloría o no) y 90 días para importación y entrega en establecimiento.

<sup>84</sup> El programa detectó que en parte las licitaciones desiertas se debían a requisitos excesivos en las bases administrativas, lo cual se soluciona con las nuevas bases en tramitación.



## PROGRAMACIÓN DE DISTRIBUCIÓN

Previo a la distribución de los productos, se requiere información precisa y oportuna para poder definir un calendario de distribución adecuado y la cantidad de cada uno de los productos que se van a entregar. El Manual de Procedimientos establece las siguientes etapas:

- a. *Monitorear la demanda: mensualmente, los establecimientos de la Atención Primaria de Salud (APS) determinan una programación mensual para cada producto de los Programas Alimentarios, realizan un control de stock, y elaboran un informe al respecto que envían a la SEREMI de Salud respectiva. Adicionalmente, el establecimiento ingresa una solicitud de abastecimiento mensual en la página web de CENABAST. La SEREMI de Salud, a través de su referente técnico de Programas Alimentarios, valida y certifica las solicitudes de abastecimiento mensual, e ingresa un consolidado a la página web de CENABAST con copia al DNA. CENABAST consolida luego una programación mensual por producto y proveedor. Cada proveedor envía antecedentes de certificación de sus productos a CENABAST<sup>85</sup> en base a los cuales CENABAST realiza la certificación técnica de los productos, o los rechaza.*

La programación mensual de los productos se realiza por parte de los encargados de los Programas Alimentarios en base al stock vigente, al retiro histórico del producto y a un factor de seguridad para evitar problemas de quiebre de stock. Sin embargo, las entrevistas realizadas evidencian que no existe un lineamiento común para calcular el pedido mensual. Éstos no responden a un monitoreo de la demanda como tal por parte del encargado, sino que, a criterios personales, tomando en consideración factores externos de manera arbitraria, sin recibir orientaciones al respecto.

No existe un lineamiento formal respecto de cuál debería ser el factor de seguridad a utilizar. En la Norma Técnica se indica que la capacidad mínima de las bodegas debe ser al menos 1,25 veces el consumo mensual por producto, lo cual da a entender que el factor de seguridad sea el equivalente a alrededor de 1 semana de producto, pero ningún documento normativo así lo establece. Hay establecimientos que aplican estos factores de seguridad de manera acumulativa, o que solicitan lo necesario para dos o tres meses, por ejemplo, en período estival, cuando el encargado va a tomar vacaciones. Lo anterior redundante en solicitudes de productos que exceden la real necesidad del período, lo cual ocurre en particular en establecimientos que tienen espacio sobrante en bodega.

Los referentes de Seremi de Salud, en general, no realizan correcciones a la baja en estos casos, y se confía en el criterio de los encargados de Programas Alimentarios en los establecimientos, en detrimento de la eficiencia del

<sup>85</sup> Las bases administrativas de cada licitación establecen las condiciones en que debe ser realizada dicha certificación, en términos de muestreo de liberación (sensorial y microbiológico, entre otros), para liberar los lotes (informe preliminar) y también de muestreo ex post de los productos, para revisar el cumplimiento de parámetros de micronutrientes, entre otros (certificado de análisis por lote). Esta certificación, que se exige para los productos elaborados, debe ser realizada por laboratorios externos a los proveedores. Para las fórmulas comerciales, se exigen resoluciones de uso y disposición donde conste la autorización por parte de la SEREMI de Salud para que el producto sea distribuido. Además, se solicita un análisis del país de origen y, en el caso de las fórmulas para prematuros, análisis microbiológicos en algún laboratorio chileno, reconocido por la autoridad.



programa. Cabe observar además que en la práctica el referente de la Seremi de Salud sólo valida las solicitudes de los establecimientos en el sitio de CENABAST, pero no realiza consolidados ni los envía al DNA, el cual, en la práctica no es informado al respecto, y, por ende, no cuenta con información para analizar espacios de mejora en la gestión de pedidos.

Respecto de la página web de CENABAST para el ingreso de solicitudes de abastecimiento, todos los actores entrevistados manifestaron que el sistema tiene problemas de estabilidad, debido a que no tiene la capacidad para hacer frente a un gran número de usuarios conectados al mismo tiempo. Dado que los encargados de los establecimientos tienen una ventana de tiempo limitada para hacer el pedido<sup>86</sup>, ocurre frecuentemente que los encargados deban realizar los pedidos fuera del horario laboral, cuando el sistema no presenta problemas de sobredemanda.

Finalmente, el control de stock es responsabilidad del encargado de programas alimentarios, el cual debería realizarse diariamente y también al cerrar el mes y registrarse en tarjetas BINCARD de bodega, de acuerdo a la Norma Técnica. En el caso de la Región Metropolitana<sup>87</sup> el establecimiento realiza un reporte estadístico al respecto (Formulario de Existencias y Movimientos, FEM) a la SEREMI de Salud. Para ello, diariamente el encargado registra en un libro foliado la información de retiro, por perfil de beneficiario<sup>88</sup> y subprograma, y stock remanente de productos, todo ello en base a las tarjetas de los beneficiarios que retiraron en dicho día. Luego, en el día de cierre de mes, se consolida la información de retiro mensual por producto. La existencia de los registros FEM solamente en una región del país denota la debilidad en los lineamientos por parte de la Subsecretaría de Salud Pública.

El informe de retiro y stock de productos puede o no pasar por la revisión del referente del Servicio de Salud respectivo, dependiendo del grado de formalidad de su dedicación a los programas alimentarios, es decir, en caso de que el encargado del programa sea un referente asignado con horas protegidas para el trabajo, existe mayor probabilidad de que el informe de retiro y stock sean revisados.

Los encargados entrevistados declararon utilizar la información existente en el módulo de Programas Alimentarios disponible en el sistema informático de fichas electrónicas, y hacer una revisión cruzada entre la información en papel y la electrónica, para poder detectar eventuales errores. Sin embargo, en opinión de referentes de Servicios de Salud y del DNA, la práctica de hacer calzar la información electrónica y la de los registros en papel no es generalizada. Solamente durante las poco frecuentes visitas de los Servicios de Salud y de los referentes de Seremi existe la posibilidad de realizar un control visual del stock físico de productos para cotejar con lo establecido en los registros.

<sup>86</sup> El plazo establecido para hacer pedidos es entre el día 22 del mes y 3 del mes siguiente para que lleguen en el mes subsiguiente. Sin embargo, los pedidos se concentran en los primeros 3 días del mes, ya que recién entonces se cuenta con el cierre del stock del mes anterior.

<sup>87</sup> El programa no tiene identificado un levantamiento de procesos con detalle regional.

<sup>88</sup> Tramo de edad, estado nutricional, entre otros.

## DISTRIBUCIÓN

*b. Monitorear la distribución de productos: el proveedor distribuye el producto a los establecimientos APS, de acuerdo a lo establecido en la programación mensual de CENABAST. Cada establecimiento APS realiza la recepción de los productos, luego los entrega a los beneficiarios que cumplan con los requisitos, y controla las mermas y pérdidas de productos. En cada establecimiento se registran todas estas actividades de manera manual, en distintos formularios, según lo establecido en el Manual de Procedimientos y Norma técnica de los Programas Alimentarios. Cada proveedor rinde a CENABAST la entrega de productos y emite la correspondiente factura, que entrega a CENABAST.*

En principio, la distribución de los productos a los establecimientos se realiza de acuerdo con las fechas solicitadas por los encargados de cada establecimiento de APS. La evaluación muestra que no existe seguimiento de la distribución de los productos, el programa no conoce con exactitud el momento en el que los productos salen de la bodega y se encuentran en camino a ser despachados. La incertidumbre en el momento de entrega ha generado alertas de quiebres de stock por los encargados de cada establecimiento APS. Los establecimientos declaran que hay repetidos casos en que los proveedores no entregan en el día programado. Sin embargo, en general estos retrasos no provocan problemas de abastecimiento, debido al stock de seguridad con que cuentan, o porque, en caso de falta de stock de un producto en un establecimiento en particular, existe la posibilidad de solucionar este problema traspasando productos entre establecimientos de la misma dependencia<sup>89</sup>. Sin embargo, el programa no tiene registro de cuándo estos problemas de stock ocurren, salvo que sea un evento de mayor envergadura. No existe un protocolo establecido para identificar cuándo ocurre un quiebre de stock o no, por lo que las alertas son poco creíbles.

A modo de ejemplo, CENABAST señala que cuando hay atrasos de uno o dos días en la entrega programada, algunos establecimientos levantan alerta de quiebre de stock, lo cual parece exagerado. El programa tampoco tiene control respecto al momento en el que se despachan los productos. Incluir un seguimiento en el despacho, puede ser una fuente de aumento de eficiencia en el programa.

A partir de las entrevistas, se evidencia la necesidad de organizar de manera más eficiente el calendario de distribuciones a los establecimientos de salud. La gran mayoría de los pedidos en Región Metropolitana se solicita para la primera semana de cada mes, a pesar de que existe la posibilidad de distribuirlos durante todo el mes. Además, hay establecimientos que solicitan más de una distribución mensual, debido a que sus bodegas no tienen capacidad suficiente para recibir la solicitud de un mes en una sola entrega<sup>90</sup>. El resto de las regiones tienen entregas mensuales y

<sup>89</sup> En este caso, el establecimiento A le "presta" productos al establecimiento B, el cual va a buscar los productos prestados al establecimiento A con recursos propios y luego, se encarga de devolverlo. Este proceso puede o no tener la participación del referente del Servicio de Salud, en un rol de coordinación.

<sup>90</sup> Es importante señalar que el programa no cuenta con un levantamiento del estado de las bodegas, sin embargo, se asume capacidad reducida.

quincenales, mayoritariamente en la semana tres y cuatro de cada mes. Esta programación tensiona el sistema de distribución de los proveedores, ya que los obliga a tener un sistema capaz de hacer frente a más del 70% de la demanda mensual de una misma región en una sola semana<sup>91</sup>. Esto tiene efectos negativos en términos de eficiencia, ya que genera barreras de entrada en las licitaciones e incrementa los precios de adjudicación, ya que este costo es probablemente traspasado al precio cobrado por el proveedor.

Una vez que los productos son distribuidos, éstos son clasificados en las respectivas bodegas y en caso de que presenten fallas, son separados del resto y catalogados como mermas. De acuerdo a la Norma Técnica, se considera una merma cuando los productos no cumplen con las condiciones ideales para ser entregados a los beneficiarios, por lo tanto, son almacenados para su retiro.

Las mermas se registran en formularios especiales de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), en el sistema de fichas electrónicas, cuando están disponibles en los establecimientos, y, en el caso de la Región Metropolitana, en un formulario especial de registro de mermas (FEM).

A nivel central (CENABAST y DNA), una vez que un establecimiento identifica una merma, se prioriza el abastecimiento, por lo que ésta se considera como un producto que debe ser restituido al total de productos que se deben entregar. Por ejemplo, si hay un saldo de 100 productos por entregar y se alerta una merma, entonces en la contabilidad de la licitación, hay un total de 101 productos entregar. Esa situación es eficiente en cuanto a la cantidad de productos que se quieren entregar en buenas condiciones, sin embargo, no considera las implicancias de la implementación, específicamente del retiro de los productos mermados. Como los contratos con los proveedores no obligan a que el proveedor se responsabilice de la logística inversa del producto, la obligación de retiro recae en la Seremi de Salud respectiva.

Lo anterior ha generado situaciones de extrema gravedad, en las cuales algunos establecimientos tienen la obligación de guardar los productos considerados como merma hasta que sean retirados, utilizando espacio en sus bodegas o inclusive arrendando espacios cuya única finalidad es almacenar mermas y poniendo en riesgo sanitario a los demás productos. En el caso específico de la Región Metropolitana, por una gestión deficitaria de la Seremi de Salud, se han registrado situaciones en las cuales se ha guardado las mermas hasta por 10 años. Cabe observar que en el año 2019, pese a que se realizaron gestiones de traspaso de recursos para la Seremi de Salud de RM para el retiro de las mermas, éstas no se realizaron.

En la Tabla 18, se detallan las principales causas de mermas para el periodo evaluado. Se observa que la cantidad de productos con merma presentó altos niveles para el año 2016, alcanzando las 33,6 toneladas, con una reducción en los años posteriores. Esto equivale a un 0,15% de los productos alimentarios distribuidos en dicho año, por PNAC y PACAM. No se cuenta con estadísticas recientes respecto de mermas en otros tipos de adquisiciones de CENABAST, pero, como referencia, las mermas

<sup>91</sup> Cabe observar que, para los productos elaborados, el país se divide en 5 zonas para efectos de las licitaciones, por lo que no necesariamente se adjudican a un mismo proveedor. Para más detalle, ver capítulo VI.

reportadas por dicha institución para el año 2012 fueron de un 0,07%, en el contexto de los compromisos emanados de la Evaluación Comprehensiva del Gasto que se realizó a CENABAST durante el año 2011 (DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS, 2014). Cabe observar, sin embargo, que la naturaleza de los fármacos e insumos puede no ser comparable con los alimentos en este aspecto.

Prácticamente todas las causales reportadas de mermas en los Programas Alimentarios son de responsabilidad del proveedor. Del total de mermas reportadas en el período, un 52% corresponde a daños en los envases, 35% al sellado defectuoso de los productos y un 5,7% a envases faltantes en las partidas. Más adelante, se detalla el monto de las multas asociadas a los incumplimientos por parte de los proveedores, y se destaca que no hay multas específicas asociadas a la existencia de productos defectuosos.

**TABLA 18 MERMAS POR CAUSAL, TOTAL PAÍS, 2015 A 2018 (KG)**

CAUSAL	2015*	2016	2017	2018
Daños en Envases**	1.252	17.245	8.913	2.645
Envases faltantes	221	1.111	1.025	962
Mal sellado	1.623	14.857	3.123	597
Fallas organolépticas	67	209	227	0
Etiqueta/sin fecha vencimiento	200	109	0	0
Vencido	0	1	1	1
En blanco	0	102	198	3.002
Hanta <sup>92</sup>	0	0	0	79
<b>Total</b>	<b>3.362</b>	<b>33.632</b>	<b>13.486</b>	<b>7.287</b>

Notas: \* Año 2015 considera información parcial, relativa a meses de noviembre y diciembre principalmente.

\*\* Considera bolsas rotas, tarros abollados, daño por transporte, entre otros.

Fuente: Informes de Mermas Programas Alimentarios, CENABAST

Durante el periodo evaluado, el programa no contaba con un protocolo relacionado con el manejo de las mermas, sin embargo, actualmente el Programa ha incorporado en las bases administrativas que están en trámite en la Contraloría General de la República, una “logística inversa” que significa que la empresa adjudicataria se deberá hacer cargo del retiro y decomiso de las mermas, cuando la causa sea de su responsabilidad, sin embargo, no existe claridad respecto a la temporalidad y la definición de “causas que sean de su responsabilidad”. También hay un vacío cuando las mermas se generan por otras causas, como pueden ser “fallas organolépticas”, “vencido”, Hanta, entre otras.

<sup>92</sup> En el año 2018 se registró un brote de Hanta en Araucanía, por lo cual se desecharon todos los productos del servicio de salud respectivo, creando esta nueva categoría dentro de las mermas. El programa declara que fue una situación excepcional.

## ENTREGA

La entrega de los productos es de exclusiva responsabilidad del personal de los centros de salud y considera el proceso desde que los productos se encuentran en la bodega hasta que son entregados a los beneficiarios. Estos últimos deben cumplir determinados requisitos y en el momento del retiro, el personal involucrado debe registrar los productos retirados en la ficha física y luego, en los registros electrónicos, en caso de tenerlos.

A partir de las entrevistas y visitas realizadas, se concluye que los encargados de distribución<sup>93</sup> son los responsables de revisar que se cumplan los requisitos de entrega, pero no se realiza, ni por parte del encargado del programa en el establecimiento, ni por parte de los Servicios de Salud o niveles superiores, un control de que estos requisitos efectivamente se cumplan.

A la vez, los registros en papel de los programas alimentarios sólo detallan el número de personas que retiran y la cantidad de producto. Por lo tanto, es imposible realizar un análisis de seguimiento o trazabilidad de su consumo, lo que deja pendiente un análisis sobre la aceptación y el uso de cada uno de los productos. Actualmente, el Programa trabaja en un proyecto TIC que busca integrar las distintas plataformas existentes o incorporar sistemas electrónicos (en caso que no cuenten con ellas), generando un sistema de información que permita registrar información de beneficiarios que retiran los productos, además de controlar las existencias de los productos para modernizar la gestión en las bodegas. Esta plataforma única e integrada a nivel nacional permitiría tener un seguimiento real y una primera aproximación información relacionada con los beneficiarios que retiran los productos.<sup>94</sup>

Se detecta, además, que las condiciones son muy heterogéneas entre los distintos establecimientos, en términos de insumos básicos, material de papelería disponible, existencia de computador, entre otros. Éstas dependen fuertemente de la prioridad que le dé a los Programas Alimentarios el director del establecimiento y el municipio o servicio de salud de que depende, según corresponda. Se reportan casos en que los establecimientos tienen que fotocopiar formularios, por no contar con formularios originales, así como establecimientos que tienen que recurrir a la venta de las cajas de cartón de los productos alimentarios<sup>95</sup>, para poder obtener recursos mínimos para operar, los cuales, según Norma Técnica, debiesen ser provistos por el Director del Establecimiento.

93 Técnicos en Enfermería Nivel Superior o auxiliares de alimentación.

94 Información basada en Minuta TIC, enero 2020, elaborada por el programa.

95 La Norma Técnica permite explícitamente la enajenación de cajas vacías de los Programas Alimentarios. Los recursos financieros obtenidos deberán ser administrados por el Encargado de PA y sólo deberán ser utilizados en la implementación y adquisición de elementos tales como repisas, estanterías, mejoramiento de condiciones de ventilación, seguridad de las bodegas, como también en el mejoramiento de la infraestructura de estas" (ORD N° 702 19/11/1992). Será necesario llevar el registro de ingresos y egresos de los recursos generados por esta modalidad. Estos recursos no podrán destinarse a arcas municipales, fondos fijos de los establecimientos, u otros fines que no se relacionen con la gestión local de los Programas Alimentarios.

## PAGO A PROVEEDORES

El pago de proveedores considera los productos que han sido entregados a los centros de salud, además de las multas asociadas a los distintos incumplimientos que pueden generarse en el proceso.

El Manual de Procedimientos establece lo siguiente respecto de este subproceso:

- c. *Pagar a proveedor: CENABAST valida las facturas del proveedor y realiza la facturación por su propia comisión, de acuerdo con el convenio que tiene firmado con el Ministerio de Salud. Posteriormente, CENABAST elabora un set de pago<sup>96</sup> y lo envía a la Subsecretaría de Salud Pública. El DNA revisa cada set de pago, y lo envía con visto bueno a la División de Finanzas y Administración Interna (DIFAI) de la Subsecretaría de Salud Pública, o lo devuelve a CENABAST, en caso de detectar errores. La DIFAI formaliza el pago al proveedor de las facturas que estén visadas.*

En un informe de diagnóstico de Programas Alimentarios elaborado para el DNA, se recalca que el procedimiento de revisión de la información de facturas es ineficiente, por cuanto recarga de trabajo a 4 unidades de MINSAL, genera la acumulación de facturas pendientes de pago a la espera de solución de errores y el retraso en pago a proveedores, en algunos casos hasta los 90 días, excediendo el plazo de 45 días señalado en las bases administrativas de las licitaciones. Estos retrasos también tendrían efectos sobre la ejecución de las respectivas asignaciones presupuestarias. El Programa no tiene información que identifique las facturas que han sido pagadas con atraso y el tiempo de atraso ni los montos relacionados, por lo que se concluye que éste no realiza seguimientos periódicos al cumplimiento de los pagos, que le permitan detectar espacios de mejora en este proceso.

Por otro lado, las bases de las licitaciones asocian multas en tres causales: incumplimiento de especificaciones técnicas; no entrega o pérdida del producto y retraso en entrega de producto o información. Técnicamente, las multas debiesen estar enfocadas en que se evite tener los comportamientos indeseados como la existencia de mermas, sin embargo, no hay multas asociadas a las mismas.

En la siguiente tabla se detallan los montos asociados a las multas en las distintas causales. Se observa que el año 2018 se produjo un alza importante en las multas por efecto de retraso en entrega de producto, lo que, según lo informado por el programa, puede estar relacionado con tres situaciones inéditas que implicaron retiro de productos, en algunos casos prohibición de entregas e, incluso, término anticipado de contratos: (1) alerta alimentaria (problema de inocuidad de alimentos) asociada a la fórmula de inicio comercial S-26 Gold (Aspen); (2) alerta alimentaria (problema de inocuidad de alimentos) asociada a la fórmula de prematuros Nan Prematuros Nestlé (Pre Nan); (3) retiro de productos Purita Cereal por rancidez (Proalsa).

<sup>96</sup> El set de pagos contempla la guía de despacho de los productos, el formulario P-250 de recepción de éste, emitido por el establecimiento, la factura del proveedor, la cual se cursa a nombre de la Subsecretaría de Salud Pública y la factura por la comisión de la CENABAST.

El programa tiene información relativa al monto de la multa, cantidad de causales, pero no se identifica con alguna unidad de medida que pudiese permitir que sean comparables, por ejemplo, estandarizando por la cantidad de kilos asociados a la causal de la multa.

**TABLA 19 NÚMERO DE MULTAS Y MONTOS, TOTAL PAÍS, POR CAUSAL (M\$ 2020)**

CAUSAL	2015*		2016		2017		2018	
	N°	M\$	N°	M\$	N°	M\$	N°	M\$
Incumplimiento Especificaciones Técnicas**	24	111.004	7	8.593	1	8.452	3	77.493
No entrega o pérdida del producto	13	12.752	4	13.876	28	17.972	6	37.333
Retraso en Entrega de producto o información	0	0	10	4.501	3	292	63	4.832.795
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>123.757</b>	<b>21</b>	<b>26.971</b>	<b>32</b>	<b>26.717</b>	<b>72</b>	<b>4.947.621</b>

Notas: \* Año 2015 considera información parcial, relativa a meses de agosto en adelante.

\*\*Incluye Incumplimientos en Certificación de productos

Fuente: Informes de Multas Programas Alimentarios, CENABAST

#### 4. APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

El apoyo de la implementación requiere de mantener la normativa, manuales operativos y orientaciones actualizados, además de capacitar a los equipos para que puedan aplicar lo indicado en los instructivos.

- a. *Actualizar la normativa, manuales u orientaciones de los Programas Alimentarios: según el Manual de Procedimientos, los establecimientos de Atención Primaria de Salud identifican posibles necesidades de actualización o de creación de documentos oficiales y las envían a la respectiva Seremi de Salud, la cual consolida esta información y propone sus propias recomendaciones al respecto, que envía al DNA. Este último realiza una revisión anual de la documentación oficial y evalúa cambios en los programas alimentarios, conformando un equipo de trabajo para construir o actualizar documentos, los cuales se oficializan posteriormente.*

La evaluación no ha evidenciado casos en que los establecimientos levanten informes con necesidades de actualización o creación de documentos oficiales que permitan realizar mejoras en los procesos o un proceso de consulta en este sentido, lo cual significa un incumplimiento general a la normativa de procesos. El Programa señala que habitualmente, se utilizan correos electrónicos o acuerdos de videoconferencias/ reuniones, sin embargo, no se utilizan mecanismos formales que respalden la información.

La revisión de la documentación oficial y evaluación de programas alimentarios por parte del DNA no es una actividad sistemática, sino que responde a contingencias y se realiza en la medida de lo posible, en los momentos en que los equipos no están dedicados a la gestión de corto plazo del programa.

*b. Capacitar y difundir: El Manual de Procedimientos establece que el DNA diseña un plan de difusión, respecto del cual informa a la Seremi de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y elabora un programa de capacitación de los equipos involucrados en los Programas Alimentarios. La SEREMI de Salud elabora un plan de capacitación local, ya sea con o sin asesoría técnica de DNA para ello, y ejecuta dichas capacitaciones. Por su parte, el personal correspondiente de los establecimientos APS participan en las capacitaciones. La SEREMI de Salud elabora y ejecuta un programa de monitoreo y envía un Informe de Monitoreo al DNA.*

La evaluación evidenció que no existe una coordinación suficiente entre DNA – SEREMI de Salud y Subsecretaría de Redes para establecer una capacitación de equipos. No hay claridad respecto al foco u objetivo de las capacitaciones y a quiénes van dirigidas. Se ha relevado que, al menos en Seremi de Salud de la Región Metropolitana, durante los años 2017 y 2018 no se realizaron capacitaciones, ni se ejecutaron programas de monitoreo, por lo tanto, tampoco se envió un informe. Las SEREMI de otras regiones parecen generar una mayor frecuencia de reuniones con referentes de establecimientos y capacitaciones, pero no existen lineamientos del DNA al respecto.

## **5. VIGILAR Y EVALUAR LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS**

Finalmente, para completar la última etapa del ciclo establecido en el Manual de Procesos, que consiste en vigilar y evaluar los Programas Alimentarios, se indica la necesidad de realizar los siguientes procesos: el monitoreo de la demanda; monitoreo de la distribución y financiero; gestión de reclamos; y evaluación anual.

*a. Monitorear demanda: de acuerdo al Manual de Procedimientos, cada establecimiento de Atención Primaria de Salud realiza una programación mensual de pedidos de productos en la página web de CENABAST, que envía a la SEREMI de Salud respectiva. Adicionalmente, a partir de la información de retiros por parte de los usuarios reportada por los establecimientos, se generan los formularios REM D.15 (PNAC) y D.16 (PACAM) del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud. La SEREMI de Salud consolida la información relativa a las secciones de cantidad distribuida y número de personas que retiran del REM y envía la base de datos de Control de Movimiento y Stock al DNA. Por su parte, CENABAST realiza una planilla mensual de distribución y envía a DNA un informe de contrastación de lo programado y lo distribuido y realiza un informe anual de distribución. Cada Servicio de Salud valida la información poblacional de REM que hacen los establecimientos APS y lo envía a DEIS. Este último consolida la información mensual, semestral*



*y anual de los Programas Alimentarios. El DNA analiza la información de CENABAST y de SEREMI, detecta cambios de tendencia respecto de año anterior y realiza un informe anual de Programas Alimentarios.*

A partir de la información recabada en las entrevistas se detecta que la revisión de la información estadística del REM es heterogénea entre establecimientos. Aunque las planillas que se llenan cuentan con validadores automáticos, no siempre éstos son tomados en cuenta, en las distintas etapas de revisión de la cifra (nutricionista encargado, estadístico del establecimiento, referente del Servicio de Salud, Seremi de Salud, DEIS). Lo anterior se evidencia, por ejemplo, con las cifras de cantidad distribuida de producto de los años 2017 y 2018, en que, por un cambio en la unidad de medida de los productos del PNAC<sup>97</sup>, se generaron registros equívocos en distintos establecimientos que, a la fecha, no han sido subsanados<sup>98</sup>. Así, se ha evidenciado que los distintos actores involucrados en la generación y validación de las cifras estadísticas verifican que la información asociada al REM esté disponible, pero no la calidad de la información.

Cabe observar que, además de estos problemas de calidad, la información estadística de REM presenta excesiva demora en los procesos de verificación. En efecto, a mayo de 2020, los datos publicados relativos al año 2017 todavía tener carácter de provisorios y son susceptibles de ser modificados. Por lo tanto, su utilidad es limitada para efectos de la planificación y gestión del programa, por lo que el DNA debe acudir a la información de distribución de stock que le entrega CENABAST mensualmente.

- b. Monitoreo de la distribución y financiero: DNA recibe información de facturación de la División de Políticas Públicas y Promoción (DIPOL) y División de Finanzas y Administración Interna (DIFAI), más informes mensuales CENABAST y realiza una revisión financiera mensual de programas alimentarios, de ejecución y planilla financiera anual, que se incorpora en informe anual de Programas Alimentarios.*
- c. Gestión de reclamos: los establecimientos APS reciben consultas y reclamos por OIRS. Si es por gestión de Programas alimentarios, lo derivan a DNA, si es por producto, lo deriva a Seremi de Salud, quien recibe y responde dichos reclamos, con copia al DNA. Por su parte, el DNA recibe reclamos por transparencia además de los derivados de los establecimientos APS, y les da respuesta. Los resultados se incorporan en el informe anual de Programas Alimentarios.*
- d. Evaluación anual: desde enero DNA reúne información y realiza el informe anual del año anterior, que publica y distribuye.*

Aunque el DNA recibe la información de distribución y financiera periódicamente, no necesariamente la incorpora en informes anuales, ya que éstos no han sido elaborados todos los años.

<sup>97</sup> Los productos comerciales ("en tarros") empezaron a registrarse en kilogramos en vez de gramos, en el formulario único para PNAC (REM D15).

<sup>98</sup> Estos errores en reportes obligaron a utilizar fuentes alternativas de información de productos entregados, como en la Tabla 5 del presente informe.

En efecto, durante el período de evaluación, se realizó un informe respecto del año 2014, uno conjunto de los años 2015-2016, y un balance de gestión de los años 2014-2017, que no fue publicado. Dichos informes no incorporan un análisis de los reclamos realizados respecto de los Programas Alimentarios, por lo que no es posible pronunciarse respecto de ello.



# COSTOS Y EFICIENCIA EN LA PROVISIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS



## VI. COSTOS Y EFICIENCIA EN LA PROVISIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

### 6.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE

El análisis de costos de los Programas Alimentarios se realiza en base a distintas bases de información disponibles para el período de evaluación.

Por una parte, en una mirada más general, se realiza un análisis de fuentes de financiamiento del programa. Lo anterior conlleva considerar los recursos que dispone la Ley de Presupuestos de cada año para la ejecución de los programas, tanto en términos de asignaciones específicas, como en términos de aportes de la institución responsable en recursos humanos, entre otros. Adicionalmente, se realiza una estimación de las fuentes de financiamiento extrapresupuestarias que recibe el programa, específicamente, los aportes realizados por los establecimientos de atención primaria de salud. Cabe observar que esta estimación es de carácter teórico, basada en lo que establece la norma técnica de los Programas Alimentarios respecto del personal que debiese dedicarse a dichos programas, por lo que se desconoce si este costo es efectivo, y no hay información del Ministerio de Salud que permita cotejarlo con la realidad.

Dado que el personal que se dedica a la ejecución de los Programas Alimentarios, tanto a nivel central, regional y local, es común para el PNAC y el PACAM, se realiza un análisis conjunto de fuentes de financiamiento de los programas alimentarios, aunque diferenciando las asignaciones específicas, para detectar eventuales diferencias.

A partir de la información global de presupuesto y gasto de los Programas Alimentarios, se analizan indicadores de ejecución y planificación presupuestaria y se determinan los gastos de administración de los programas.

En las secciones siguientes, se procede a analizar el valor del costo unitario por producto alimentario distribuido. Se considera que no resulta informativo realizar un análisis general de costo por unidad de producto distribuido por beneficiario del programa, considerando todos los productos a la vez, por cuanto las distintas poblaciones beneficiarias consumen productos y cantidades muy heterogéneas<sup>99</sup>. Por lo tanto, el análisis se centra en los cinco productos principales que distribuyen los Programas Alimentarios: Purita Mamá, Leche Purita Fortificada y Purita Cereal, del PNAC; Crema Años Dorados y Bebida Láctea Años Dorados, del PACAM.

<sup>99</sup> Un indicador como este mezclaría efectos de mayor o menor eficiencia con el efecto de distintas composiciones de canastas de productos cada año.

Se utiliza la información entregada por CENABAST, relativa a las licitaciones correspondientes a dichos productos, que rigieron entre los años 2015 y 2018. Se analiza la evolución del precio de compra por kilogramo de producto<sup>100</sup> al proveedor adjudicado, el precio de los demás oferentes y la modalidad de compra (licitación o trato directo). Los precios promedio se determinan según la fecha de distribución del producto, por cuanto es la fecha más cercana registrada al momento del devengo del gasto.

Finalmente, se determinan precios de mercado de productos comparables a los productos alimentarios, para poder utilizarlos como benchmark que permitan elaborar algunas conclusiones respecto de la eficiencia del programa.

## 6.2 FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

La Tabla 20 resume las distintas fuentes de financiamiento de los Programas Alimentarios entre los años 2015 y 2019, las cuales han disminuido un 5,4% desde MM\$87.279 a MM\$82.580. A continuación, se describirán las distintas fuentes y su evolución en el tiempo.

**TABLA 20 FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS, PERÍODO 2015 – 2019 (EN MILES DE PESOS AÑO 2020)**

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	2015		2016		2017		2018		2019		VARIACIÓN
	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	MONTO	%	2015-2019
<b>1. Presupuestarias</b>	<b>79.349.924</b>	<b>90,9%</b>	<b>75.176.702</b>	<b>90,7%</b>	<b>75.774.992</b>	<b>91,0%</b>	<b>74.040.472</b>	<b>90,4%</b>	<b>74.737.306</b>	<b>90,5%</b>	<b>-5,8%</b>
1.1. Asignaciones específicas a los Programas	78.305.576	89,7%	74.139.633	89,5%	74.732.620	89,7%	72.486.724	88,5%	73.158.669	88,6%	-6,6%
PNAC	52.774.124	60,5%	48.604.785	58,7%	48.993.537	58,8%	46.706.155	57,0%	47.302.915	57,3%	-10,4%
PACAM	25.531.452	29,3%	25.534.848	30,8%	25.739.082	30,9%	25.780.570	31,5%	25.855.754	31,3%	1,3%
1.2. Aportes Subsecretaría Salud Pública (Subt. 21 y 22)	175.752	0,2%	194.335	0,2%	217.131	0,3%	694.561	0,8%	719.450	0,9%	309,4%
1.3. Aportes en presupuesto de Servicios de Salud	868.596	1,0%	842.734	1,0%	825.241	1,0%	859.186	1,0%	859.186	1,0%	-1,1%
<b>2. Extrapresupuestarias</b>	<b>7.928.250</b>	<b>9,1%</b>	<b>7.692.191</b>	<b>9,3%</b>	<b>7.532.519</b>	<b>9,0%</b>	<b>7.842.360</b>	<b>9,6%</b>	<b>7.842.360</b>	<b>9,5%</b>	<b>-1,1%</b>
2.1 Otras fuentes: municipios	7.928.250	9,1%	7.692.191	9,3%	7.532.519	9,0%	7.842.360	9,6%	7.842.360	9,5%	-1,1%
<b>Total (Presupuestarias + Extrapresupuestarias)</b>	<b>87.278.174</b>		<b>82.868.894</b>		<b>83.307.510</b>		<b>81.882.832</b>		<b>82.579.666</b>		<b>-5,4%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Ley de Presupuestos, estimaciones propias e información proporcionada por el Ministerio de Salud

Los Programas Alimentarios cuentan con dos asignaciones presupuestarias específicas, de Transferencias Corrientes al Sector Privado, una para el Programa Nacional de Alimentación Complementaria y otra para el

<sup>100</sup> Las licitaciones de CENABAST incluyen la compra del producto y el pago del servicio de distribución a los distintos establecimientos de atención primaria de salud.

Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor. Ambas están identificadas en la Ley de Presupuestos de cada año, en el programa presupuestario de la Subsecretaría de Salud Pública<sup>101</sup>. En la tabla anterior, se observa que estas asignaciones representan alrededor del 90% de las fuentes de financiamiento de los programas alimentarios. Las asignaciones no cuentan con glosa presupuestaria, por lo que no se autoriza el gasto en personal ni en bienes y servicios de consumo con cargo a las asignaciones. El monto real de la asignación del PNAC disminuyó en 10,4% entre los años 2015 y 2019, mientras la asignación del PACAM se incrementó levemente en 1,3% en el mismo período. Los ajustes presupuestarios del PNAC parecen responder a la baja en la ejecución devengada de la asignación, como se verá en la Tabla 21 más adelante.

Adicionalmente a estas asignaciones específicas, se consideran los aportes de la institución responsable, que, en este caso en particular, consisten en gastos en personal tanto a nivel central, en el Departamento de Nutrición y Alimentos de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública, y referentes técnicos en las distintas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, cargos que se formalizaron y crearon a partir del año 2018. Considerando que este personal es común a ambos programas, la tabla de Fuentes de Financiamiento se presenta de manera conjunta para todos los programas alimentarios. Cabe observar que, pese a múltiples solicitudes, para el Ministerio de Salud no fue posible generar información respecto de gasto en personal para todo el período de evaluación, entregándose sólo una nómina del personal perteneciente al equipo de programas alimentarios al nivel central<sup>102</sup>, e información estimada respecto de gasto en personal incremental dedicado a programas alimentarios, en las Seremi el año 2018. Tampoco fue posible para el Ministerio el determinar o estimar el gasto en bienes y servicios de consumo, para ningún año. Por lo tanto, para efectos de este informe, el equipo evaluador tuvo que hacer supuestos para estimar la información faltante.

Se observa en la Tabla 20 que los aportes de la institución se incrementaron en 309,4% en el período 2015-2019, lo cual será analizado en detalle en la sección 6.3 sobre Gastos de Administración. El Anexo 10.6 explica en mayor detalle las estimaciones realizadas, para determinar las fuentes de financiamiento de los programas alimentarios, tanto a nivel de aportes de la institución responsable, como de los aportes extrapresupuestarios detallados a continuación.

La última fuente de financiamiento del programa consiste en los aportes extrapresupuestarios de los municipios y Servicios de Salud al programa, en términos de personal y bienes y servicios dedicados a la implementación de los programas alimentarios en los establecimientos de la red de atención primaria de salud y hospitales que de ellos dependen. El Ministerio de Salud no cuenta con información disponible respecto de dicho gasto, por lo que se realiza una estimación en base a lo que establece la norma técnica respecto

101 Las asignaciones específicas se encuentran en el programa presupuestario 16.09.01 Subsecretaría de Salud Pública, con los códigos 24.01.003 y 24.01.007, respectivamente.

102 A partir de esta nómina se recopiló el gasto en remuneraciones de dicho personal, en cada año de la evaluación, en el sitio de Transparencia Activa de la Subsecretaría de Salud Pública.

del equipo y correspondiente jornada que en teoría debe dedicar a los programas alimentarios en los establecimientos, así como estimaciones de remuneración bruta<sup>103</sup>. La distribución del financiamiento entre servicios de salud (1.3 en la Tabla 20) y municipios (2.1) se realiza en base al porcentaje de establecimientos de cada dependencia. Es importante observar, sin embargo, que no se cuenta con antecedentes para analizar en qué medida se cumplen estas normas.

De acuerdo a la Tabla 20, los aportes de los municipios y servicios de salud representan alrededor del 10,5% de las fuentes de financiamiento de los programas alimentarios, y han presentado una disminución de 1,1% entre 2015 y 2019, lo cual conjuga el efecto de una disminución en el número de beneficiarios y un incremento en el número de establecimientos, lo cual redundaría en una menor necesidad de técnicos en enfermería y un mayor número de nutricionistas, respectivamente.

Cabe observar que hay distintos elementos que no son considerados entre las fuentes de financiamiento:

- los aportes que realiza la Subsecretaría de Redes Asistenciales a los Programas Alimentarios a través de los referentes de los Servicios de Salud. Se carece de información del personal y jornada efectiva que se dedica a los Programas Alimentarios.
- el gasto en personal de algunos cargos invisibilizados en la norma técnica, como son las personas encargadas de registrar en el sistema a los nuevos usuarios o los estadísticos de los establecimientos (Servicio de Orientación Médico Estadístico)
- el gasto en bienes y servicios de consumo (por ejemplo, para compra de materiales tales como libros foliados, o la impresión de fichas para el registro de pacientes) o en equipos computacionales que realizan los establecimientos de atención primaria. No se dispone de información para realizar las correspondientes estimaciones, y también porque la fuente de financiamiento es heterogénea, ya que puede provenir de los servicios de salud, de los municipios e incluso de recursos provenientes de la venta de las cajas de cartón en que vienen embalados los productos alimentarios.

Se evalúa negativamente la deficiencia en información con que cuenta el programa respecto de sus fuentes de financiamiento. Aunque es relativamente frecuente que no se maneje información respecto de gastos realizados por municipios, por ser entidades autónomas, se esperaría que el Ministerio de Salud pudiera generar por lo menos información respecto de los gastos generados a nivel central y regional, y, considerando la antigüedad del programa, también hubiera generado un levantamiento de la situación actual de personal en los establecimientos y eventuales brechas existentes respecto de la normativa técnica.

<sup>103</sup> Se considera la información publicada en la página Mi Futuro, del Ministerio de Educación.



También se considera que la producción y entrega de materiales y formularios de manera descentralizada genera situaciones de heterogeneidad entre establecimientos que terminan posiblemente perjudicando a los establecimientos con menores recursos.

Un análisis en mayor profundidad respecto del gasto devengado de las transferencias corrientes asociadas a los programas alimentarios permite, por una parte, determinar indicadores de ejecución presupuestaria, y, por otra parte, indicadores de planificación presupuestaria.<sup>104</sup> El indicador de planificación presupuestaria refleja la capacidad que tiene el programa para, al momento de formular el presupuesto inicial para el año siguiente, estimar con precisión los recursos que efectivamente gastará el programa.

**TABLA 21 PRESUPUESTO INICIAL Y GASTO DEVENGADO DE LAS TRANSFERENCIAS CORRIENTES DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS, PERÍODO 2015-2019 (M\$ AÑO 2020)**

PNAC	PRESUPUESTO INICIAL (A)	PRESUPUESTO VIGENTE (B)	GASTO DEVENGADO DEL PRESUPUESTO EJECUCIÓN (C)	INDICADORES EJECUCIÓN Y PLANIFICACIÓN PRESUPUESTARIA	
				(C/B) %	(C/A) %
2015	52.774.124	45.873.895	45.873.423	100,0%	86,9%
2016	48.604.785	43.313.910	43.198.203	99,7%	88,9%
2017	48.993.537	41.548.480	41.546.299	100,0%	84,8%
2018	46.706.155	40.939.009	39.006.080	95,3%	83,5%
2019	47.302.915	40.290.359	37.826.057	93,9%	80,0%
Var. 2015-2019	-10,4%	-12,2%	-17,5%		

PACAM	PRESUPUESTO INICIAL (A)	PRESUPUESTO VIGENTE (B)	GASTO DEVENGADO DEL PRESUPUESTO EJECUCIÓN (C)	INDICADORES EJECUCIÓN Y PLANIFICACIÓN PRESUPUESTARIA	
				(C/B) %	(C/A) %
2015	25.531.452	20.183.085	20.178.680	100,0%	79,0%
2016	25.534.848	24.074.722	22.173.081	92,1%	86,8%
2017	25.739.082	22.758.340	22.758.008	100,0%	88,4%
2018	25.780.570	23.008.962	22.581.508	98,1%	87,6%
2019	25.855.754	21.482.203	21.428.360	99,7%	82,9%
Var. 2015-2019	1,3%	6,4%	6,2%		

Fuente: Elaboración propia en base a Leyes de Presupuestos y registros del Sistema de Información de Administración Presupuestaria del Sector Público.

En términos generales, se observa que la ejecución del gasto en la asignación PNAC disminuyó un 17,5% entre los años 2015 y 2019, una baja aun mayor que la de la asignación misma. Si se considera el período 2015-2018, la baja fue de 15%, que también es superior a la disminución de beneficiarios

<sup>104</sup> Se consideran solamente las transferencias corrientes porque representan cerca del 90% de las fuentes de financiamiento del programa, y la calidad de la información es suficiente para sacar conclusiones en el ámbito de la eficiencia.

de 12,3% (Tabla 8). Respecto del PACAM, el presupuesto de la asignación específica del programa se incrementó en 1,3% entre 2015 y 2019, mientras que la ejecución aumentó un 6,2%. Al considerar el período 2015-2018, el gasto se incrementó un 11,9%, un porcentaje superior que el número de beneficiarios, que aumentó un 8,3% en el período (Tabla 16). Las diferencias entre la tendencia del gasto y del número de beneficiarios se explican por las variaciones en los precios unitarios de los productos, lo que se revisará más adelante en este capítulo.

Los indicadores de ejecución presupuestaria muestran niveles satisfactorios en general, superando el 95% en todos los años, con excepción del año 2019 para PNAC y 2016 para PACAM.

Por otra parte, se observa que los indicadores de planificación presupuestaria son significativamente más bajos que los de ejecución, para ambas transferencias corrientes. Lo anterior denota que sistemáticamente los presupuestos iniciales de ambas asignaciones han estado sobreestimados entre 11% y 21%, dependiendo del año y del programa, presupuesto que ha sido ajustado durante el año para reasignar los recursos remanentes en otras prioridades ministeriales.

Consultado al respecto, el encargado de Programas Alimentarios en el Departamento de Nutrición y Alimentos detalla que el proceso de formulación de presupuesto es liderado por la División de Finanzas y Administración Interna (DIFAI) de la Subsecretaría de Salud Pública. La DIFAI solicita al DNA que realice una proyección de la demanda para el período siguiente y con este insumo, establece conversaciones con la Dirección de Presupuestos para la determinación del presupuesto correspondiente.

Cabe observar, sin embargo, que el presupuesto de cada año no responde a las propuestas que realiza el DNA ni tampoco a proyecciones de demanda por los productos alimentarios, por cuanto la información al respecto que maneja la DIFAI presenta importantes diferencias respecto de la información publicada en Banco Integrado de Programas Sociales (BIPS) del Ministerio de Desarrollo Social, siendo que ambas proyecciones se basan supuestamente en los Resúmenes Estadísticos Mensuales del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud.

Se evidencia, por lo tanto, inconsistencias en la información presentada y la inexistencia de una metodología que defina claramente la necesidad de recursos, que sea basada en una estimación de la demanda por los productos, estimaciones de precios, y decisiones de política respecto de incrementos de coberturas de subprogramas, lo cual además es consistente con lo relevado anteriormente a nivel de implementación, respecto de las debilidades en los procesos de planificación a nivel central de los Programas Alimentarios.

### 6.3 GASTO DE ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA

En la presente sección se presenta el gasto total de los programas alimentarios, según uso y desagregado en gastos de producción y administración.

En el caso del gasto de producción, se considera por concepto de recursos humanos, el gasto correspondiente al personal dedicado a los programas alimentarios a nivel de establecimientos de atención primaria. Dado que el presupuesto corresponde a una estimación para efectos de la presente evaluación, se asume una ejecución de 100% para determinar el gasto respectivo. Por concepto de "otros gastos", se considera la ejecución devengada cada año por concepto de las transferencias corrientes de ambos programas, restando las comisiones percibidas por CENABAST, según lo informado por dicha institución.

Para el caso del gasto de administración los programas alimentarios, se considera como tal: 1) los gastos de recursos humanos dedicados a Programas Alimentarios, a nivel central y regional<sup>105</sup>; 2) las comisiones cobradas por CENABAST, por efecto de la administración que esta realiza para la compra y distribución de los productos de los Programas Alimentarios (PNAC y PACAM).

Las comisiones cobradas por CENABAST se establecen en los convenios entre CENABAST y el Ministerio de Salud para dichos efectos. Durante el período de evaluación rigieron dos convenios, el primero aprobado mediante Decreto Exento N°784 de 18.06.2009 de Minsal y el segundo, aprobado mediante Decreto Exento N°65 del 13 de febrero de 2017. El primero establece una comisión de \$16.379 por tonelada métrica recibida, en caso de adjudicación con sistema de distribución de CENABAST, o tonelada métrica distribuida, en caso de adjudicación con sistema de distribución directa. Este valor se reajustaba anualmente en base al "inflator de la Dirección de Presupuestos". A partir del año 2017, el nuevo convenio<sup>106</sup> establece una comisión diferenciada, que consiste en un porcentaje sobre el monto de cada factura emitida por los proveedores, el cual es de 1% en caso de despacho directo del proveedor y 1,5% en caso de almacenamiento y distribución por parte de CENABAST<sup>107</sup>. Esta comisión se devenga con cargo a la asignación presupuestaria respectiva, del subtítulo de Transferencias Corrientes, de cada programa.

A partir de las tablas a continuación, se concluye que el porcentaje de gastos de administración de los programas alimentarios se duplicaron en el período de evaluación, pasando de 1,0% en 2015 a 2,1% en 2018.

105 Para este concepto tampoco se cuenta con una diferenciación entre presupuesto y gasto ejecutado, por lo que se considera una ejecución de 100%.

106 De acuerdo a los considerandos del nuevo convenio, el Ministerio de Salud y CENABAST acordaron actualizar el convenio vigente con el objetivo de incorporar todo el proceso de compra y distribución de los productos y consignar los responsables en cada etapa.

107 Cabe destacar que para programas alimentarios a la fecha nunca se ha utilizado la opción de almacenamiento y distribución por parte de CENABAST.

**TABLA 22 GASTO TOTAL DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS SEGÚN USO, DESAGREGADO EN GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y GASTOS DE PRODUCCIÓN, PERÍODO 2015-2018 (M\$ DE 2020)**

AÑO 2015	GASTO TOTAL DEL PROGRAMA		TOTAL	% (RR.HH. VS OTROS GASTOS)
	GASTO PRODUCCIÓN	GASTO ADMINISTRACIÓN		
Recursos Humanos	8.797.256	175.752	8.973.008	12,0%
Otros Gastos	65.496.215	555.888	66.052.103	88,0%
<b>Total</b>	<b>74.293.471</b>	<b>731.640</b>	<b>75.025.111</b>	-----
<b>% (Gasto Prod. vs Adm.)</b>	<b>99,0%</b>	<b>1,0%</b>	-----	-----

AÑO 2016	GASTO TOTAL DEL PROGRAMA		TOTAL	% (RR.HH. VS OTROS GASTOS)
	GASTO PRODUCCIÓN	GASTO ADMINISTRACIÓN		
Recursos Humanos	8.534.925	194.335	8.729.260	11,8%
Otros Gastos	64.849.303	521.981	65.371.284	88,2%
<b>Total</b>	<b>73.384.228</b>	<b>716.316</b>	<b>74.100.545</b>	-----
<b>% (Gasto Prod. vs Adm.)</b>	<b>99,0%</b>	<b>1,0%</b>	-----	-----

AÑO 2017	GASTO TOTAL DEL PROGRAMA		TOTAL	% (RR.HH. VS OTROS GASTOS)
	GASTO PRODUCCIÓN	GASTO ADMINISTRACIÓN		
Recursos Humanos	8.357.761	217.131	8.574.892	11,8%
Otros Gastos	63.536.031	768.276	64.304.307	88,2%
<b>Total</b>	<b>71.893.792</b>	<b>985.407</b>	<b>72.879.199</b>	-----
<b>% (Gasto Prod. vs Adm.)</b>	<b>98,6%</b>	<b>1,4%</b>	-----	-----

AÑO 2017	GASTO TOTAL DEL PROGRAMA		TOTAL	% (RR.HH. VS OTROS GASTOS)
	GASTO PRODUCCIÓN	GASTO ADMINISTRACIÓN		
Recursos Humanos	8.701.656	694.561	9.396.217	13,2%
Otros Gastos	60.814.816	772.772	61.587.588	86,8%
<b>Total</b>	<b>69.516.472</b>	<b>1.467.333</b>	<b>70.983.805</b>	-----
<b>% (Gasto Prod. vs Adm.)</b>	<b>97,9%</b>	<b>2,1%</b>	-----	-----

Fuente: Elaboración propia en base a Leyes de Presupuestos, registros del Sistema de Información de Administración Presupuestaria del Sector Público, estimaciones propias e información proporcionada por el Ministerio de Salud y CENABAST.

Aunque el porcentaje de gastos de administración de un programa representa una medida de eficiencia de este, es necesario hacer una distinción respecto de estos incrementos antes de pronunciarse al respecto. En primer lugar, es importante observar que pese al incremento producido, el nivel de porcentaje de gasto administrativo se mantiene a niveles adecuados, en comparación por ejemplo, con el 6,3% promedio

del Programa Nacional de Inmunizaciones evaluado por la Dirección de Presupuestos en 2012, es similar al 2,1% determinado en la Evaluación de Impacto de los Programas de Alimentación de la JUNAEB, del Ministerio de Educación del año 2013, y algo superior al 0,9% reportado por el Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR) evaluado en 2018.

En lo que concierne los recursos humanos dedicados a administración, el incremento de 295% en el período se debe a la formalización en el presupuesto de cargos dedicados a los programas alimentarios, en particular a nivel de Secretarías Regionales Ministeriales, y en menor medida a incrementos de personal a nivel central y regional. Por lo tanto, este incremento en gastos de administración estaría sobreestimado, ya que en parte corresponde a transparentar gastos que ya existían al inicio del período de evaluación. Como se mencionaba en el capítulo anterior, el programa adolece de problemas de implementación causados por una baja formalización de cargos y jornadas dedicados exclusivamente a los programas alimentarios, por lo que se estima que estos incrementos se justifican.

Respecto del gasto de administración correspondiente a CENABAST, se puede observar en la siguiente tabla que el cambio de modalidad de cobro tuvo un efecto de incremento porcentual de gasto de administración, pasando de un 0,8% a un 1,3% del gasto en compra y distribución de los productos alimentarios. Este incremento era esperable, considerando la expansión que han experimentado las fórmulas comerciales (productos importados en "formato tarro", como son fórmula de inicio y los correspondientes a los subprogramas PNAC APLV y EIM), los cuales tienen un precio por gramo mayor que los productos elaborados en Chile.

Como referencia, en los convenios de intermediación entre municipalidades y CENABAST, la comisión para esta última varía entre 3% y 7% para fármacos, insumos, sueros, equipamiento y refrigerados, dependiendo del tipo de producto y de si corresponde a una compra en el marco de la ejecución de Programas Ministeriales mandatados por las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública, o por intermediación de medicamentos, insumos y dispositivos médicos demandados por la red asistencial de salud.

**TABLA 23 COMISIÓN CENABAST Y GASTO EN COMPRA Y DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS, 2015-2018 (M\$ DE 2020)**

AÑO	COMISIÓN CENABAST	GASTO EN COMPRA Y DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS	% GASTO ADM. COMPRA Y DISTRIBUCIÓN
2015	555.888	65.496.215	0,8%
2016	521.981	64.849.303	0,8%
2017	768.276	63.536.031	1,2%
2018	772.772	60.814.816	1,3%

Fuente: Elaboración propia en base a registros del Sistema de Información de Administración Presupuestaria del Sector Público e información proporcionada por CENABAST.

Al respecto, cabe observar que en entrevista con CENABAST, se identificaron solamente 8 cargos de la institución que se dedican a los Programas Alimentarios, de los cuales solamente dos personas tienen jornada exclusiva, y el resto dedica solo parte de su jornada a estas labores.<sup>108</sup> Este equipo parece insuficiente, considerando la comisión que se paga a CENABAST por su administración, así como las deficiencias en respuesta y funcionamiento de sistemas de información que manifestaron los encargados de Programas Alimentarios de los establecimientos en las respectivas entrevistas.

#### 6.4 MODALIDAD DE COMPRA DE PRODUCTOS

En la presente sección se analizará la modalidad de compra que se ha utilizado durante el período de evaluación, para los cinco principales productos que se distribuyen en el marco de los Programas Alimentarios, los cuales son: Purita Mamá, Purita Cereal y Leche Purita Fortificada, de PNAC; y los dos alimentos que se entregan a través de PACAM: Crema Años Dorados y Bebida Láctea Años Dorados. Cabe observar que todos estos productos corresponden a productos elaborados específicamente para los respectivos programas, ya que las fórmulas comerciales corresponden a subprogramas de menor envergadura, como son los productos para personas con errores innatos del metabolismo, con alergia a la proteína de la leche de vaca y prematuros extremos.

Dados los montos involucrados en la adquisición de estos 5 productos, que exceden con creces las 1.000 U.T.M., de acuerdo a la Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios (Ley N°19.886), todas las adjudicaciones debiesen realizarse por parte de CENABAST mediante licitación pública a través de la plataforma Mercado Público. Sin embargo, CENABAST también puede realizar adquisiciones mediante trato directo por motivos excepcionales y fundados, por ejemplo,

<sup>108</sup> En el área de Compras hay dos personas con dedicación parcial y la jefatura con dedicación exclusiva; en el área de Contratos hay una jefatura y un apoyo con jornada parcial; en Logística hay una persona con jornada parcial; en Facturación hay una persona con dedicación parcial; y en Operaciones/Atención al cliente, hay una sola persona atendiendo exclusivamente a red de salud en temas de Programas Alimentarios, contacto con las dieciséis Seremis de Salud y 1900 establecimientos, dando respuesta a todas las incidencias que se presentan en el sistema.

en retrasos en los procesos de llamado a licitación, para evitar el riesgo de desabastecimiento.

Cabe observar que, para los productos elaborados para los Programas Alimentarios, las licitaciones se realizan dividiendo el país en 5 zonas geográficas, las cuales determinan el ámbito espacial en que se ubican los puntos o establecimientos de destino, cuyo abastecimiento deberá satisfacer el proveedor adjudicado para dicha zona<sup>109</sup>. Cada postulante puede ofertar a una o más zonas. A continuación, el detalle de las zonas

- Zona 1: incluye los servicios de salud de Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Aconcagua, Viña del Mar-Quillota y Valparaíso-San Antonio.
- Zona 2: incluye los servicios de salud de O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Talcahuano y Biobío.
- Zona 3: incluye los servicios de salud de Arauco, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Reloncaví, Chiloé, Aysén y Magallanes.
- Zona 4: incluye los servicios de salud Metropolitano Norte, Metropolitano Central y Metropolitano Sur Oriente.
- Zona 5: Incluye los servicios de salud Metropolitano Oriente, Metropolitano Occidente y Metropolitano Sur.

Durante el período, las ofertas se evaluaron con los mismos criterios y ponderaciones para los 5 productos analizados, explicados en la siguiente tabla.

<sup>109</sup> Bases Administrativas N°278 del 6 de septiembre de 2013, capítulo I Antecedentes generales, punto 4 definiciones generales, n° 4.41.

**TABLA 24 CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LICITACIONES DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS**

ÍTEM	OBSERVACIONES	PONDERACIÓN
<b>1 Precio</b>	Puntaje Económico = $100 * \text{Precio Menor} / \text{Precio Ofertado}$	<b>50%</b>
<b>2 Proyecto Técnico</b>	La evaluación se realizará asignando puntajes de acuerdo a la metodología de evaluación del proyecto técnico que se describe posteriormente.	<b>30%</b>
<b>3 Comportamiento de Calidad</b>	Se evalúa el comportamiento de las últimas entregas dentro de los tres últimos años contados hacia atrás desde la fecha de publicación de la propuesta, a través de los resultados de evaluación microbiológica, sensorial y otros análisis de acuerdo a lo detallado en la tabla de "Evaluación Comportamiento de Calidad".	<b>17%</b>
<b>4 Factura Electrónica</b>	Se evaluará entregando 100 puntos al oferente que acredite adjuntando en el campo dispuesto para los anexos económicos en el portal de compras públicas, la respectiva resolución del Servicio de Impuestos Internos que autoriza la utilización de factura electrónica.	<b>1%</b>
<b>5 Integración discapacidad</b>	Se evaluará entregando 100 puntos al oferente que cuente entre sus empleados a al menos una persona discapacitada y acredite dicha circunstancia conforme los antecedentes exigidos para el efecto en los anexos económicos y 0 puntos a quien no presente dicha situación.	<b>2%</b>

Fuente: BBAA 278/2013 Mercado público Licitación 5600-16-LR17

Adicionalmente, se pueden eventualmente realizar deducciones de puntaje (hasta 3 puntos) cuando haya existido una solicitud de documentos complementarios por parte de CENABAST en el marco de la licitación, que no hayan sido entregados por el postulante, así como por comportamiento pasado en entrega de productos.

Al analizar el número de oferentes en las licitaciones realizadas, se observa que hay un bajo número de proveedores interesados, con un promedio que no alcanza los 3 oferentes para ningún producto (Tabla 25). Se advierte, además, que para casi todos los productos hay ofertas que se categorizan como inadmisibles, por no cumplir con los requisitos establecidos en las bases técnicas o administrativas, o por no subsanar reparos o responder consultas en el contexto de la licitación. Ello redundaría en que el número de oferentes válidos es entre 62,5% y 98% inferior al de oferentes iniciales, con valores que no superan los 2 oferentes para todos los productos, con excepción de la Bebida Láctea Años Dorados. Estos valores son algo inferiores a los que se observaron en las licitaciones de fármacos adjudicadas por CENABAST durante el año 2015 (2,0 ofertas promedio para la línea de Intermediación y 2,8 para Programas Ministeriales)<sup>110</sup>.

<sup>110</sup> CENABAST (2016). No se pudo obtener información respecto de porcentaje de oferentes válidos en licitaciones de fármacos e insumos, para poder comparar con las licitaciones de los Programas Alimentarios.



**TABLA 25 NÚMERO DE OFERENTES EN LICITACIONES, 2015-2018**

PRODUCTO	N° OFERENTES VÁLIDOS						N° OFERENTES TOTALES PROMEDIO	TASA VALIDACIÓN
	ZONA					PROMEDIO		
	1	2	3	4	5			
Purita Mamá	1,3	1,0	1,3	1,0	1,0	1,1	1,5	77,3%
Purita Cereal	2,0	1,7	1,3	1,7	1,7	1,7	2,7	62,5%
Leche Purita Fortificada	1,3	1,3	1,3	1,7	1,7	1,5	2,1	68,8%
Crema Años Dorados	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	2,0	66,7%
Bebida Láctea Años Dorados	2,0	2,5	2,5	2,5	3,0	2,5	2,6	98,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por CENABAST

Al listar los oferentes y proveedores adjudicados de productos alimentarios elaborados, durante el período de evaluación, se observa que son sólo 6 empresas las que han postulado a las distintas licitaciones y 4 las que han sido adjudicadas como proveedoras. Lo anterior, denota por una parte, que son pocos los proveedores que cumplen con las características para postular a estas licitaciones, considerando que las empresas deben tener la capacidad de elaborar fórmulas propias según las especificaciones de MINSAL y, al mismo tiempo, garantizar la producción y distribución de un alto volumen de productos. En efecto, una investigación de la Fiscalía Nacional Económica<sup>111</sup> al sector lácteo detecta una alta concentración en el sector de procesamiento de productos lácteos en el país, lo cual se ve reflejado en el bajo número de postulantes a las licitaciones de productos elaborados del PNAC y PACAM. Según lo informado por el programa, los proveedores de productos alimentarios elaborados son empresas con experiencia en la elaboración de productos alimentarios (lácteos y similares) y tienen internalizado el sistema de distribución o externalizado en empresas que son parte del mismo holding.

111 Fiscalía Nacional Económica, 2018.

**TABLA 26 PROVEEDORES PRODUCTOS ALIMENTARIOS ELABORADOS, PERÍODO 2015-2018**

PRODUCTO	PROVEEDORES ADJUDICADOS	OTROS OFERENTES
Purita Mamá	Prolesur, Watt's	
Purita Cereal	Proalsa, Prolesur, Watt's	
Leche Purita Fortificada	Prolesur, Watt's	Colún
Crema Años Dorados	Proalsa, Proexa	
Bebida Láctea Años Dorados	Proalsa, Proexa, Prolesur, Watt's	Foodgroup

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por CENABAST

Si se compara esta situación con la distribución de fórmulas comerciales (importadas) correspondientes a 44 productos durante el período de evaluación, se han adjudicado un total de 6 proveedores (Abbot, Aspen Chile, Biotec, Nestlé, Novofarma y Nutra Store). Por lo tanto, también se observa una cierta concentración de mercado entre las empresas importadoras de fórmulas, que son distintas a las proveedoras de productos elaborados exclusivamente para el programa, ya que son de rubros distintos. En efecto, según lo informado por el Programa, los proveedores de fórmulas comerciales que se adjudican las licitaciones son los que cuentan con la representación en el país de los productos importados, tienen experiencia en la gestión de importación de productos alimentarios envasados en tarros y su correspondiente certificación y en general externalizan la distribución a empresas de distribución.

En la Tabla 27 se compara los precios promedio de adjudicación de las licitaciones con 2 oferentes válidos o más, para cada producto elaborado, respecto del precio ofertado por el segundo postulante con precio más bajo. Se observa que en las licitaciones en que ha habido mayor competencia, se ha logrado un precio entre 1,3% y 11,7% inferior a la segunda opción, lo que se evalúa positivamente, en términos de eficiencia del programa.

**TABLA 27 PRECIOS PROMEDIO LICITACIONES CON AL MENOS 2 OFERENTES, \$ POR KG (\$ DE AÑO 2020)**

	PRECIO ADJUDICACIÓN	PRECIO 2° OPCIÓN	DIFERENCIA %
Purita Mamá	3.284	3.670	11,7%
Purita Cereal	2.357	2.584	9,6%
Leche Purita Fortificada	3.083	3.204	3,9%
Crema Años Dorados	1.164	1.180	1,3%
Bebida Láctea Años Dorados	1.751	1.838	4,9%

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por CENABAST

Como se mencionaba previamente, en teoría todas las compras de productos elaborados deberían realizarse mediante licitación abierta, considerando los montos involucrados. En este contexto, idealmente, durante la totalidad de los 48 meses que cubre la evaluación, los productos distribuidos deberían haber sido adquiridos en el marco de dicha modalidad. Sin embargo, al analizar la modalidad de compra de los productos elaborados entre 2015 y 2018, se observa que este es el caso solamente para entre 29,2 meses (60,8% del período) a 38,8 meses (80,8%) en promedio para los productos analizados.<sup>112</sup>

**TABLA 28 NÚMERO DE LICITACIONES Y TRATOS DIRECTOS Y MESES DE DISTRIBUCIÓN, 2015-2018**

PRODUCTO	LICITACIONES			TRATOS DIRECTOS		
	N° LICITACIONES	MESES DISTRIBUCIÓN EN EL PERIODO	N° RENOVACIONES	MESES RENOVACIÓN EN EL PERIODO	N° TRATOS DIRECTOS	MESES DISTRIBUCIÓN EN EL PERIODO
Purita Mamá	3	29,2	2	18,8	0	0
Purita Cereal	3	33,2	1	14,8	0	0
Leche Purita Fortificada	3	37,4	1	5,6	1	5
Crema Años Dorados	3	30,2	0	0	3	17,8
Bebida Láctea Años Dorados	3	38,8	0,6	1,6	1,2	7,6

Fuente: Elaboración propia en base a información proporcionada por CENABAST.

Nota: El número de licitaciones, renovaciones y tratos directos corresponde a un promedio entre las 5 zonas de distribución

En efecto, para la distribución de los productos, se ha optado, por una parte, por renovaciones de las licitaciones, que consisten en extender por una vez el período de distribución hasta por la misma cantidad adjudicada en la licitación original y al mismo precio nominal. Dado que no se genera una nueva licitación, esta modalidad puede ser considerada como una suerte de

<sup>112</sup> Los decimales se deben a diferencias entre zonas geográficas.

Trato Directo con el proveedor vigente. Este mecanismo se utilizó dos veces en el período para Purita Mamá, una vez para Purita Cereal y Leche Purita Fortificada y una vez en tres zonas para Bebida Láctea Años Dorados.

Por otra parte, CENABAST también ha tenido que acudir a Tratos Directos con proveedores elegidos sin licitación, en una ocasión para Leche Purita Fortificada y Bebida Láctea Años Dorados, y en tres ocasiones en el período de 4 años de evaluación, para el caso de la Crema Años Dorados.

Al ser consultadas las instituciones por la razón por la cual se han visto obligadas a utilizar mecanismos de excepción para la compra de productos, se ha informado que el Ministerio de Salud (Departamento de Nutrición y Alimentos) ha enviado los mandatos de compra, que son el primer hito que da pie a una nueva licitación, con mucho retraso, considerando el tiempo de duración mínimo que deben tener las licitaciones de productos elaborados. En el caso de los productos PACAM (Bebida Láctea y Crema Años Dorados), los retrasos se deben adicionalmente a que hubo una actualización de las bases técnicas de ambos productos que tomó más tiempo que lo que se esperaba y una licitación de Crema Años Dorados de 2017, que resultó desierta y obligó a acudir a trato directo mientras se publicaba nuevamente el proceso.

El que haya sido necesario acudir a mecanismos no competitivos de compra tan frecuentemente se evalúa negativamente, ya que tiene efectos sobre la eficiencia del programa, deja en entredicho la transparencia de los procesos y evidencia una falta de capacidad de planificación del DNA. Ello también sugiere que la licitación por 12 meses, aunque puede tener ventajas ante escenarios cambiantes de demanda o precios internacionales, no se hace cargo de los tiempos reales de procesos de la licitación siguiente, en particular si se producen innovaciones administrativas o técnicas en ésta.

Cabe observar que, aunque puede parecer conveniente la opción de renovación en términos de precios, considerando que se conserva el precio nominal, por lo que, en términos reales el precio disminuye tras la renovación, sería más eficiente realizar una licitación directamente por 24 meses, que renovar una de 12 meses, de manera que los proveedores oferten menores precios para adjudicarse un contrato con una mayor duración.

## 6.5 COSTO UNITARIO DE PRODUCTOS

En la presente sección se analizará la evolución de los costos unitarios de los 5 productos considerados y cómo influye la modalidad de compra en dichos costos.

La Tabla 29 presenta la evolución de los precios unitarios por kilogramo de producto distribuido en el período de evaluación, para los 5 productos analizados. Los precios considerados son los que se fijan al momento de adjudicar la licitación de cada producto, valor nominal al cual se pagan al proveedor al momento de certificar la entrega en el establecimiento de atención primaria de salud. En caso de que la compra se haya realizado vía trato directo, se considera el precio unitario de dicho trato. Los precios por año y zona son ponderados según la cantidad distribuida cada mes. Dado que el punto de referencia es el momento en que se entrega el producto, las licitaciones pueden haber sido adjudicadas el año anterior a la entrega, o incluso antes, si han sido renovadas.

**TABLA 29 PRECIOS PROMEDIO POR KG DE PRODUCTO, POR ZONA, ENTREGADO ENTRE 2015-2018 (\$ DE 2020)**

PURITA MAMÁ							
ZONA	2015	2016	2017	2018	VARIACIÓN 2015-2018	PRECIO DIC.18	VARIACIÓN ENE.15-DIC.18
1	4.083	4.104	4.060	3.963	-2,9%	3.962	-3,0%
2	4.091	3.939	3.854	3.868	-5,5%	4.404	7,6%
3	4.097	4.035	4.060	3.955	-3,5%	3.903	-4,7%
4	4.080	3.936	3.854	4.000	-2,0%	4.404	7,9%
5	3.944	3.905	3.854	3.979	0,9%	4.404	11,7%
<b>Promedio</b>	<b>4.063</b>	<b>3.986</b>	<b>3.938</b>	<b>3.948</b>	<b>-2,8%</b>	<b>4.230</b>	<b>4,1%</b>

PURITA CEREAL							
ZONA	2015	2016	2017	2018	VARIACIÓN 2015-2018	PRECIO DIC.18	VARIACIÓN ENE.15-DIC.18
1	3.353	3.397	3.325	2.903	-13,4%	2.485	-25,9%
2	3.192	3.279	3.209	2.753	-13,7%	2.303	-27,9%
3	3.438	3.397	3.325	2.873	-16,4%	2.427	-29,4%
4	3.181	3.087	3.029	2.880	-9,5%	2.768	-13,0%
5	3.181	3.089	3.029	2.831	-11,0%	2.567	-19,3%
<b>Promedio</b>	<b>3.266</b>	<b>3.259</b>	<b>3.196</b>	<b>2.840</b>	<b>-13,0%</b>	<b>2.482</b>	<b>-24,0%</b>

LECHE PURITA FORTIFICADA							
ZONA	2015	2016	2017	2018	VARIACIÓN 2015-2018	PRECIO DIC.18	VARIACIÓN ENE.15-DIC.18
1	3.892	3.939	3.865	3.890	0,0%	3.725	-4,3%
2	3.763	3.885	3.869	3.757	-0,2%	3.687	-2,0%
3	3.905	3.936	3.865	3.838	-1,7%	3.687	-5,6%
4	3.752	3.818	3.825	3.708	-1,2%	3.648	-2,8%
5	3.752	3.818	3.830	3.702	-1,3%	3.648	-2,8%
<b>Promedio</b>	<b>3.814</b>	<b>3.883</b>	<b>3.858</b>	<b>3.778</b>	<b>-1,0%</b>	<b>3.682</b>	<b>-3,5%</b>

CREMA AÑOS DORADOS							
ZONA	2015	2016	2017	2018	VARIACIÓN 2015-2018	PRECIO DIC.18	VARIACIÓN ENE.15-DIC.18
1	1.381	1.303	1.387	1.489	7,9%	1.560	13,0%
2	1.381	1.303	1.370	1.560	13,0%	1.736	25,8%
3	1.521	1.503	1.508	1.544	1,5%	1.686	10,8%
4	1.353	1.276	1.324	1.465	8,3%	1.497	10,6%
5	1.353	1.276	1.311	1.466	8,3%	1.497	10,6%
<b>Promedio</b>	<b>1.397</b>	<b>1.332</b>	<b>1.384</b>	<b>1.514</b>	<b>8,4%</b>	<b>1.621</b>	<b>16,0%</b>

BEBIDA LÁCTEA AÑOS DORADOS							
ZONA	2015	2016	2017	2018	VARIACIÓN 2015-2018	PRECIO DIC.18	VARIACIÓN ENE.15-DIC.18
1	2.754	2.898	3.105	2.756	0,0%	2.756	0,0%
2	2.832	2.819	2.671	2.541	-10,3%	2.578	-9,0%
3	2.840	3.029	2.834	2.705	-4,8%	2.705	-4,8%
4	2.846	2.305	2.527	2.567	-9,8%	2.567	-9,8%
5	2.754	2.351	2.598	2.894	5,1%	2.894	5,1%
<b>Promedio</b>	<b>2.813</b>	<b>2.728</b>	<b>2.768</b>	<b>2.677</b>	<b>-4,8%</b>	<b>2.691</b>	<b>-4,3%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por CENABAST.

Nota: Los precios por año y zona son ponderados según la cantidad distribuida cada mes e incluyen IVA y comisión CENABAST.

Respecto del nivel de precios entre productos, los que corresponden al PNAC son en general de mayor valor que los productos del PACAM. Adicionalmente, los que tienen mayor concentración de lácteos también resultan tener mayor precio.

En los productos del PNAC se observa que prácticamente todos los años, los precios unitarios de producto en las zonas 1 y 3, que consideran las zonas norte y sur del país, son más altos que en las demás zonas, lo que sugiere que las tarifas ofertadas por las empresas consideran el mayor costo de distribución, generado por establecimientos menos concentrados geográficamente y una mayor área a cubrir.

Se observa además que para 4 de los 5 productos, al considerar los precios promedio por año, hubo una reducción en el precio unitario de producto distribuido entre los años 2015 y 2018, siendo la reducción para Purita Cereal de -13,0%, para Bebida Láctea Años Dorados de -4,8%, de Purita Mamá de -2,8%, y de Leche Purita Fortificada de -1,0%. Por su parte, la Crema Años Dorados, de PACAM, sufrió un alza de 8,4% real en el período.

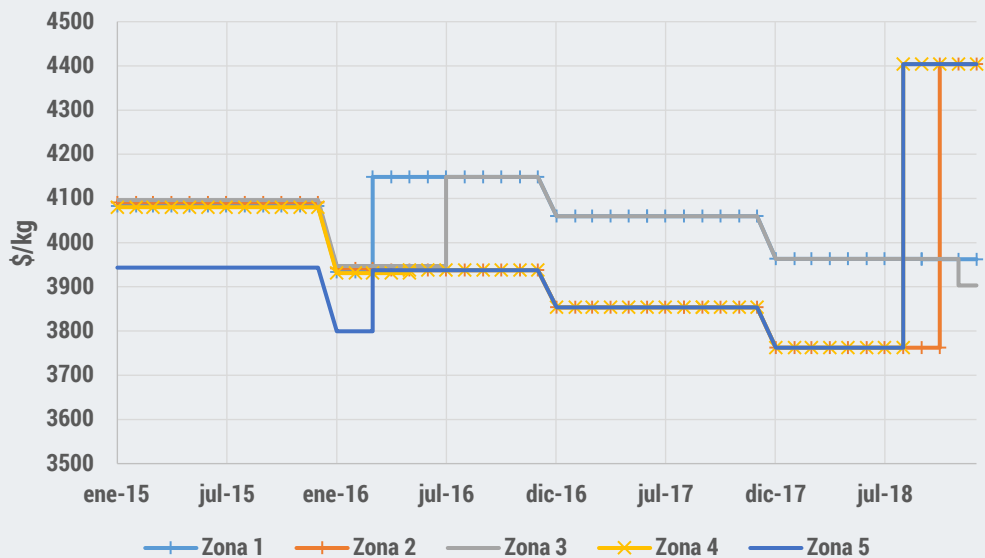
Cabe hacer la distinción, sin embargo, que al analizar los precios de la última licitación vigente del período de evaluación, es decir, el precio al que se entregan los productos a diciembre de 2018, respecto de los precios de enero de 2015, la situación varía significativamente, en particular para Purita Mamá, que pasa a tener un incremento de 4,1%; para Purita Cereal, cuya reducción es de -24,0%; y Crema Años Dorados, en que el incremento pasa a ser de 16,0% en el período.

En términos generales, se evalúa positivamente, como indicador de eficiencia del programa, la reducción de los costos unitarios de los productos Purita Cereal, Purita Fortificada, y Bebida Láctea Años Dorados. En el caso de la Crema Años Dorados, en 2017 hubo una modificación en las especificaciones técnicas, pasando de envases de 1.000 g a 500 g, lo que podría explicar el incremento en costos. Por su parte, el producto Purita Mamá no sufrió cambios en especificaciones en el período, por lo que el incremento en Purita Mamá se evalúa negativamente en términos de eficiencia.

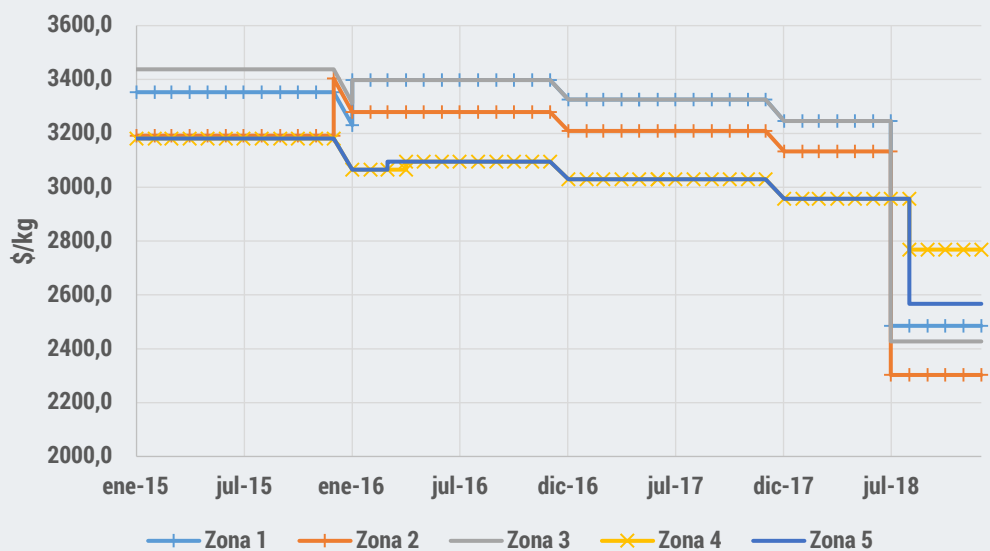
La evolución de los precios por zona, mes a mes en el período se puede observar en los gráficos a continuación. En dichos gráficos se marcan con círculos punteados los períodos en que CENABAST tuvo que acudir a tratos directos para asegurar la distribución de productos.

**GRÁFICO 4 EVOLUCIÓN DE PRECIOS POR KG PRODUCTOS ELABORADOS, 2015-2018 (\$ DE 2020)**

**Purita Mamá**

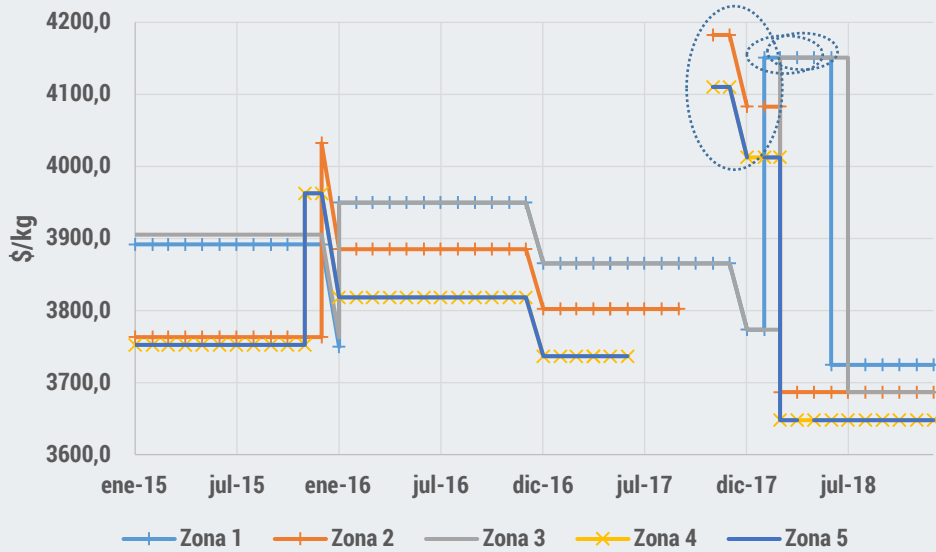


**Purita Cereal**

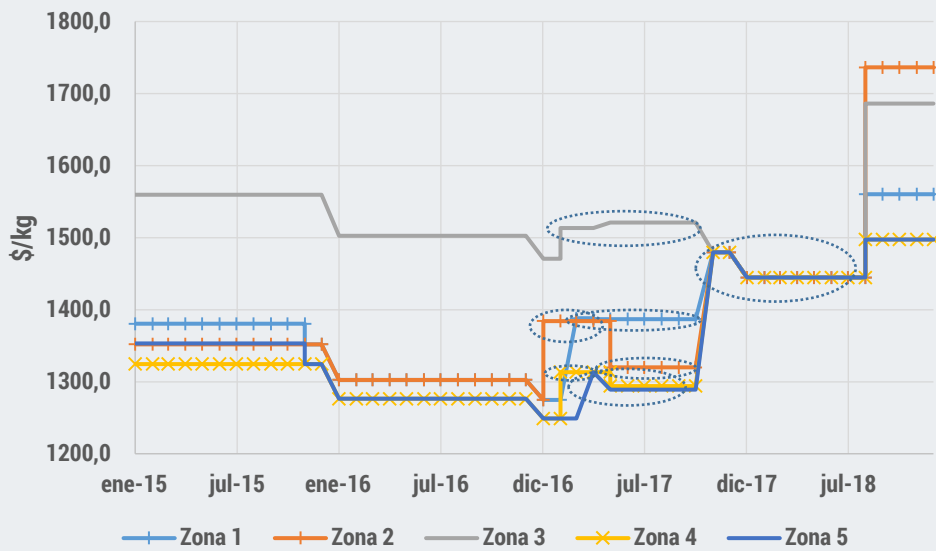


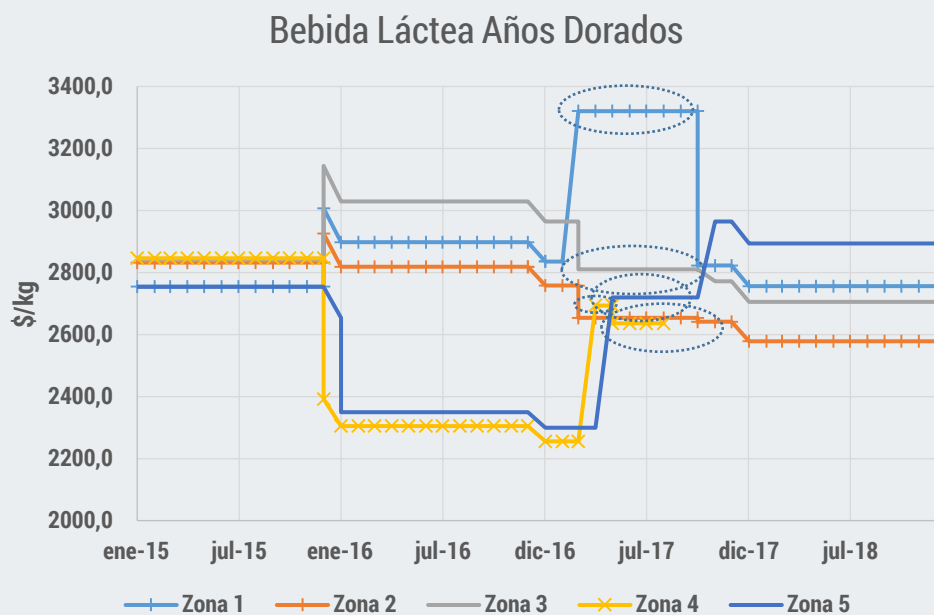


### Leche Purita Fortificada



### Crema Años Dorados





Fuente: Elaboración propia en base a información provista por CENABAST.

Notas: Los precios por año y zona son ponderados según la cantidad distribuida cada mes e incluyen IVA y comisión de CENABAST. Las áreas punteadas denotan los períodos en que los productos se distribuyeron bajo trato directo en vez de licitación pública.

Se observa que los tratos directos que se han producido para Leche Purita Fortificada han sido a precios significativamente más altos que los de licitación. Lo mismo ocurre para ambos productos de PACAM, en algunas zonas del país. Lo anterior demuestra los negativos efectos sobre la eficiencia del programa que ha generado la adjudicación no competitiva de la distribución de productos alimentarios.<sup>113</sup>

## 6.6 RESULTADOS ANÁLISIS BENCHMARK

Más allá del análisis que se pueda hacer respecto de la evolución de los precios de los principales productos que distribuyen los programas alimentarios, es interesante también realizar una comparación respecto de los precios de productos similares en el mercado.

Lamentablemente, dado que los productos que corresponden a fórmulas elaboradas son producidos según características específicas solicitadas por el Ministerio de Salud, no existen productos en el mercado que sean idénticos, en términos de ingredientes, a dichos productos elaborados. Sin embargo, como referencia, se puede analizar la variación que han experimentado los precios de los productos lácteos en el período de evaluación, según lo publicado por la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias del Ministerio de Agricultura (ODEPA) (Tabla 30).

<sup>113</sup> Las diferencias entre los gráficos y los valores de la Tabla 29 se originan en que esta última muestra valores promedio de cada año, ponderado por las cantidades distribuidas, mientras que los gráficos muestran el precio por kg mes a mes.

**TABLA 30 PRECIOS AL CONSUMIDOR SUPERMERCADO DE 1 KG LECHE EN POLVO Y PRECIO AL PRODUCTOR DE 1 L DE LECHE, 2015-2018 (\$ DE 2020)**

PRODUCTO	AÑO				VARIACIÓN
	2015	2016	2017	2018	2015-2018
Leche Descremada Polvo	5.576,47	5.533,89	5.721,33	5.449,01	-2,3%
Leche Entera Polvo	5.321,88	5.143,81	5.081,98	5.080,97	-4,5%
Precio al Productor (L)	236,69	223,84	242,29	239,57	1,2%

Fuente: Series de Precios Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (ODEPA), Ministerio de Agricultura

De acuerdo a la tabla anterior, el precio de la leche al productor subió un 1,2% en el período de evaluación, lo cual se traduce en un incremento en los costos de producción de los productos alimentarios lácteos.

Por su parte, el precio al consumidor en supermercados del kg de leche descremada en polvo ha experimentado una disminución real de 2,3% entre los años 2015 y 2018<sup>114</sup>. Esta disminución del precio anual es similar a la que experimentó el kg de Purita Mamá, la cual también es una leche descremada en polvo. La adquisición de Purita Mamá significó un ahorro de 27,5% respecto del precio al consumidor de la leche descremada en 2018. Adicionalmente, Purita Mamá tiene ventajas desde el punto de vista nutricional, ya que es fortificada con vitaminas y minerales y contiene ácidos grasos esenciales (DHA y EPA). Se evalúa positivamente este ahorro, debido probablemente al descuento por volumen de compra que obtiene CENABAST en sus compras.

Asimismo, la Leche Purita Fortificada, que es una leche entera en polvo, experimentó una baja en 1,0% de su precio durante el período de evaluación, la cual es inferior a la reducción de 4,5% que experimentó la leche entera en polvo para consumidor en supermercados. El ahorro obtenido el año 2018 fue de 25,6%, lo cual también se evalúa positivamente, dado que la Leche Purita es de mejor calidad nutricional, ya que es fortificada en vitamina C, hierro, zinc y cobre.<sup>115</sup>

A continuación, se hace un levantamiento de precios de mercado de los principales productos comerciales que son distribuidos a través del PNAC, es decir, bajo el subprograma PNAC Prematuros Extremos, Piloto de Fórmula de Inicio y PNAC APLV. Para el caso de los productos PACAM, se utiliza como producto alternativo un suplemento alimenticio comercial para adultos mayores (Tabla 31).

114 Aunque no se cuenta con información que explique esta baja, en un estudio de la ODEPA, Guerrero & Opitz (2019), se reporta un fuerte incremento en las importaciones de lácteos en el país en el período de evaluación del presente estudio, en que la leche en polvo es uno de los principales productos importados. Por lo tanto, es esperable que los precios internos estén influidos también por los precios de importación.

115 Cabe observar además que la empresa Calo vende de manera particular en supermercados, productos que se llaman "Purita Fortificada" y "Purita Cereal", lo cual se debe a un vacío legal. El precio por kg de cada uno es de \$5.938 y \$5.363, respectivamente.

**TABLA 31 PRECIOS DE ALIMENTOS PACAM Y PNAC Y ALTERNATIVA DE MERCADO (\$2020)**

SUBPROGRAMA	PRODUCTO	PRECIO CENABAST	PRODUCTO ALTERNATIVO	PRECIO MERCADO	AHORRO PRECIO
PNAC Prematuros Extremos (fórmula de prematuros)	NAN Prematuros	3.926	ídem	12.999	69,8%
PNAC Prematuros Extremos (fórmula de continuación)	Promil Gold 900 g	7.055	ídem	17.999	60,8%
PNAC Básico y Refuerzo (fórmula de inicio)	Nutrilon Premium 1 800g	6.040	ídem	14.190	57,4%
PNAC APLV (fórmula aminoacídica)	Neocate LCP 400 g	14.596	ídem	31.900	54,2%
PNAC APLV (fórmula extensamente hidrolizada)	Nutrilon Pepti Junior 400g	6.279	ídem	22.500	72,1%
PACAM	Bebida Láctea Años Dorados 1 kg	2.691	Ensure*	33.453	92,0%

Nota: \*El Tarro de Ensure de 850 g tiene un contenido para 16 porciones, por lo que se calcula un precio equivalente para 40 porciones, para hacerla comparable con la Bebida Láctea Años Dorados.

Precio CENABAST incluye IVA y comisión de CENABAST.

Fuente: Elaboración propia en base a información de CENABAST y páginas web de Mercado Público, farmacias y supermercados.

Los precios obtenidos mediante la compra de CENABAST de los productos alimentarios comerciales representan ahorros de entre 54,2% y 92,0% del precio de los productos alternativos comercializados en el mercado, lo cual reafirma las ventajas, en términos de eficiencia, de la compra centralizada al por mayor de productos.

Como referencia, en el anuario de CENABAST del año 2017, se reportan porcentajes de ahorro en canasta de fármacos e insumos intermediados por CENABAST, en relación a la misma canasta comprada individualmente por establecimientos de salud del Sector Público a través de plataforma electrónica Mercado Público, que promedian un 32,9% entre los años 2014 y 2017. Este valor es superior al ahorro obtenido en productos elaborados y bastante inferior al de fórmulas comerciales, que por la naturaleza de la licitación, que no considera la elaboración sino sólo la importación del producto, puede ser más comparable a fármacos e insumos.



# CONCLUSIONES



## VII CONCLUSIONES

### IMPLEMENTACIÓN

A nivel organizacional, se valora el esfuerzo realizado para sistematizar la estructura organizacional mediante la Norma Técnica de Programas Alimentarios del 2016, sin embargo, está pendiente definir mejor los roles y funciones de cada una de las instituciones y cargos para lograr un funcionamiento eficiente.

En el contexto de esta evaluación, se desarrolló una reagrupación de la organización, en tres niveles: organización central (Departamento de Nutrición y Alimentos de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud (DNA), a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)), regional (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, SEREMI de Salud, y los Servicios de Salud) y local (establecimientos de Atención Primaria de Salud).

A nivel central y regional, se reconoce una debilidad y baja formalización del personal involucrado en los programas alimentarios. Esta informalidad no permite a las instituciones ejercer apropiadamente las funciones que le asigna la Norma Técnica. El DNA dedica la mayor parte de su trabajo a gestionar el abastecimiento oportuno de los productos, lo que no le permite destinar el tiempo necesario para la planificación, diseño y evaluación de los procesos y las oportunidades de mejora. La Subsecretaría de Redes no asegura los equipos necesarios bajo su ámbito. También se evidencia debilidad en los equipos y sistema informático de CENABAST. Los equipos de las Seremi, por su parte, muestran una debilidad en actividades de supervisión en terreno, capacitaciones y revisión de registros y estadísticas, además de tener un comportamiento muy diverso en cada una de las regiones. Los referentes de Servicios de Salud generalmente no cumplen con un plan de visitas a establecimientos adecuado ni con las actividades de revisiones de estadísticas. Finalmente, respecto del nivel local, el Ministerio de Salud no cuenta con información respecto de si la norma técnica se cumple respecto del personal en establecimientos de atención primaria de salud dedicados a los programas alimentarios.

Cabe observar que durante el período de evaluación se crearon y formalizaron cargos en los equipos encargados de la implementación de Programas Alimentarios a nivel central y regional, lo que se evalúa positivamente. Sin embargo, queda pendiente continuar con el proceso, sobre todo en lo que respecta a la designación de referentes de Servicios de Salud a lo largo del país.

A nivel de procesos de producción, se evalúa positivamente la formalización de los procesos mediante un Manual de Procedimientos, no obstante, es evidente la necesidad de actualizar estos procesos y considerar maneras eficientes de generar información de seguimiento.

La revisión y actualización de los Programas Alimentarios descrita en el Manual de Procedimientos no se cumplió de manera sistemática ni oportuna por el programa durante el período de evaluación. Hay carencia de información sistematizada que permita mejorar la eficiencia en la toma de decisiones.

La adquisición de productos alimentarios carece de una estimación de demanda que permita adecuar las proyecciones y ser más eficientes en los procesos. En el período de evaluación ocurrieron distintos percances en los procesos de licitaciones, relacionados con retrasos en la definición de bases técnicas, en los hitos de inicio de las licitaciones, en su toma de razón y licitaciones que quedaron desiertas, lo que redundó en la necesidad de hacer tratos directos o renovaciones, y por lo tanto, en ocasiones, en mayores precios para los productos.

El monitoreo de la distribución y pago de los productos fue analizado en cuatro etapas. La distribución de los productos a los establecimientos presenta una innecesaria concentración del despacho de los productos en ciertas semanas del mes, lo cual tensiona innecesariamente el sistema de distribución de los proveedores, quienes a su vez probablemente traspasan este efecto a los precios que ofertan. Existe una gran oportunidad de mejorar la eficiencia del despacho si es que se distribuye en todo el mes y se incorpora el seguimiento de las órdenes, evitando alertas de quiebre de stock. Por otro lado, está pendiente que el Programa coordine a la brevedad el retiro de las mermas históricas, de manera de evitar alertas sanitarias y liberar el espacio disponible en las bodegas, en particular en Región Metropolitana.

Respecto de la entrega de los productos que se realiza en los establecimientos de salud, se identifica un deficiente sistema de registros y de control del cumplimiento de requisitos de los beneficiarios, así como el desconocimiento, por parte del programa, respecto de información relacionada al consumo de los productos. Además, existe una alta heterogeneidad en los recursos con que cuentan los establecimientos en términos de materiales y equipos, según la dependencia del establecimiento. Existe también un débil sistema de seguimiento del pago de los productos, por lo que el programa tampoco posee información detallada respecto a los atrasos de los pagos. Las mermas no son una causal de multas, por lo que los mecanismos existentes para evitarlas no son suficientes.

El apoyo a la implementación es deficiente, las capacitaciones son limitadas a los recursos de cada Seremi de Salud y en los últimos años, prácticamente inexistentes en la Región Metropolitana.

Finalmente, se han detectado graves problemas en las estadísticas del Ministerio de Salud, las cuales además se encuentran desactualizadas, lo que evidencia las deficiencias en su revisión y reduce su utilidad para efectos de la gestión del programa. El DNA no ha elaborado informes de evaluación respecto de los Programas Alimentarios con la frecuencia y los contenidos establecidos en el Manual de Procedimientos.



## EFICIENCIA

Los Programas Alimentarios cuentan con fuentes de financiamiento que superan los 80 mil millones de pesos anuales, de los cuales alrededor del 90% corresponden a las asignaciones para la compra de productos. El Ministerio de Salud no cuenta con información respecto del gasto que se realiza para los programas alimentarios, en términos de recursos humanos y bienes y servicios de consumo, a nivel central, regional o de los Servicios de Salud, ni a nivel de los establecimientos de Atención Primaria de Salud que ejecutan los programas, lo cual es perjudicial para efecto de la gestión y planificación del programa.

Tanto la asignación de transferencias corrientes del PNAC como la del PACAM, exclusivas para la compra de productos, han presentado repetidamente presupuestos iniciales sobreestimados, con indicadores de subejecución entre 11% y 21%, lo cual denota deficiencias en la planificación presupuestaria por parte del programa, que no cuenta con una metodología que defina claramente la necesidad de recursos, basada en la demanda por los productos, estimaciones de precios, y decisiones de política respecto de incrementos de coberturas de subprogramas.

Aunque el porcentaje de gastos de administración se duplicó en el período de evaluación, se mantiene en niveles cercanos a los de programas similares. El incremento a nivel de recursos humanos se debe a una formalización de cargos dedicados a los programas alimentarios a nivel regional, y, en menor medida, a un incremento de cargos a nivel central y regional, lo que se evalúa positivamente, dadas las dificultades en la implementación que genera la falta de personal con jornada protegida para la ejecución de los programas. Por su parte, la comisión a CENABAST se incrementó durante el período y su nivel no parece condecirse con el personal actualmente dedicado a los Programas Alimentarios en dicha institución.

Respecto de las modalidades de compra de los productos alimentarios, se observa que hay un bajo número de proveedores que postulan y se adjudican las distintas licitaciones, lo que, en el caso de las fórmulas elaboradas, responde al alto volumen de producción y distribución que deben asegurar las empresas, y, en el caso de fórmulas comerciales, al limitado número de empresas que cuentan con representación de estos productos importados. Pese al bajo nivel de competencia, la modalidad de licitación logra ahorros en el precio adjudicado, aun cuando este no es el único criterio de evaluación.

Resulta preocupante que, producto de demoras en procesos administrativos relacionados con renovación de bases, retrasos en el envío de mandatos de compra, licitaciones desiertas, entre otras causas, durante los años 2015 y 2018, solamente entre 60,8% y 80,8% de los meses se haya distribuido productos adquiridos bajo licitación, mientras que el resto del tiempo fue necesario acudir repetidas veces a mecanismos no competitivos de adquisición, como son el trato directo y la renovación de licitación.

En términos de eficiencia, tres de los cinco productos elaborados presentaron una reducción en su costo unitario en el período de evaluación,

de entre -3,5% y -24,0% y dos experimentaron un alza, uno de los cuales fue causado por una reformulación de producto. Sin embargo, dentro del período se experimentaron alzas transitorias relacionadas con los tratos directos. Por lo tanto, el acudir a mecanismos no competitivos de adquisición no sólo redundó en una menor transparencia en los procesos, sino que también en mayores precios. Ello también sugiere que la licitación por 12 meses, aunque puede tener ventajas ante escenarios cambiantes de demanda o precios internacionales, no se hace cargo de los tiempos reales de procesos de la licitación siguiente, en particular si se producen innovaciones administrativas o técnicas en ésta.

Se observa, a partir de un análisis de benchmark, que los precios de adquisición de los productos elaborados son significativamente más bajos que los de productos comparables disponibles en el mercado, más aún cuando los productos elaborados PNAC-PACAM son además fortificados en términos nutricionales. Para fórmulas comerciales, los niveles de ahorro son aún mayores. Lo anterior denota las ventajas en términos de eficiencia que significa la compra centralizada al por mayor por parte de CENABAST, a niveles similares o superiores que la compra de fármacos e insumos de dicha institución.

En síntesis, los Programa Alimentarios han tenido positivos resultados en el ámbito de eficiencia, logrando ahorros importantes en los precios de adquisición de los productos, los que incluso muestran reducciones en el periodo evaluado. No obstante, existen espacios importantes para mejorar la eficiencia del programa, que tienen relación con aspectos de la implementación de las adquisiciones, producto de deficiencias en la planificación y rigideces en las licitaciones.



# RECOMENDACIONES



## VIII. RECOMENDACIONES

Considerando los excedentes que ha demostrado tener año a año el presupuesto de los programas alimentarios, se realizan las siguientes recomendaciones, las cuales debiesen ejecutarse en el marco del presupuesto asignado.

### IMPLEMENTACIÓN

- Actualizar la Norma Técnica y Manual de Procedimientos de los Programas Alimentarios y asegurar su cumplimiento. Lo anterior implica instaurar formalmente una estructura organizacional en 3 niveles, estableciendo claramente funciones de los actores y mecanismos de regulación y control de cumplimiento de éstos. Es prioritaria la formalización de referentes en todos los Servicios de Salud, con horas dedicadas a los Programas Alimentarios, y velando por que no haya duplicidades con las funciones de los demás actores.
- Comprometer formalmente una fecha límite para el retiro de mermas históricas, principalmente en Región Metropolitana.
- Crear y difundir protocolos de trabajo de situaciones que siguen pendientes, en lo que respecta a mermas y protocolos ante emergencias sanitarias.
- Dada la importante heterogeneidad de condiciones entre establecimientos de salud, se propone estudiar el nivel de gasto administrativo que requiere el programa y cómo se financia actualmente. Lo anterior, con miras a evaluar la pertinencia de permitir por glosa el uso de una porción de los recursos de las Transferencias Corrientes de Programas Alimentarios, en gastos de bienes y servicios de consumo, para la compra de material de papelería, formularios, arriendo de computadores para uso exclusivo de Programas Alimentarios en establecimientos de Atención Primaria de Salud con menor disponibilidad de recursos.
- En el marco del proyecto de TICs que se encuentra en curso para la modernización de la actual Plataforma de la Autoridad Sanitaria, se propone evaluar la priorización de incorporar a los Programas Alimentarios en dicha plataforma, de manera de generar información sobre individualización de beneficiarios, retiros y control de stock. En caso de llevarse a cabo dicha priorización, en base a la información recopilada, se recomienda realizar una caracterización nacional de beneficiarios de los Programas Alimentarios durante el año 2022.

## EFICIENCIA

- Se recomienda ajustar el presupuesto de los Programas Alimentarios del año 2021 a la ejecución esperada. Cualquier desviación al respecto debe basarse en un estudio de planificación presupuestaria para los años 2021 a 2024, basado en criterios pertinentes de ejecución y una metodología de estimación de demanda y precios.
- Revisar la planificación centralizada de distribución de los productos, considerando el espacio disponible en las bodegas y desconcentrando las fechas de despacho de los productos.
- De ser posible, se recomienda establecer en las bases administrativas de las futuras licitaciones los lineamientos de dicha planificación, de manera de traspasar a precios esta mejora de eficiencia.
- Se recomienda fortalecer el mecanismo de seguimiento de pago de facturas a proveedores, realizar análisis periódicos al respecto cuyos resultados deben incorporarse en el Informe Anual de Programas Alimentarios realizado por el Programa.
- Cuando se planifique realizar modificaciones importantes a las bases técnicas de una licitación en particular, por ejemplo, producto de una reformulación de productos, se recomienda tomar en consideración los mayores tiempos que demandará el proceso, y realizar previo a ello una licitación por 24 meses. De esta manera, se reducirá la probabilidad de tener que acudir a tratos directos o renovaciones de licitación, e incluso se podría obtener precios más bajos, por el hecho de garantizarse una compra por mayor período.



# BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA





## IX. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Albala, C. (2009). Impacto del PACAM en los niveles plasmáticos de Vitamina B12. Santiago: Instituto Nacional de Tecnología de los Alimentos.

Castillo, C., Balboa, P., & Raimann, X. (2009). Modificaciones a la Leche del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) en Chile. 2009. Rev Chil Pediatría, 80(6), 508-512.

CENABAST (2016). Análisis general de las licitaciones y tratos directos de medicamentos realizadas por CENABAST durante el 2015. Unidad de Estudios. Obtenido de <https://www.cenabast.cl/wp-content/uploads/2017/09/Licitaciones-y-Tratos-Directos-2015.pdf>

CENABAST (2017). Análisis de programas de alimentación: PNAC-PACAM. Unidad de Estudios. Obtenido de <https://www.cenabast.cl/wp-content/uploads/2017/09/An%C3%A1lisis-PNAC-PACAM.pdf>

CENABAST (2018). Anuario CENABAST 2017. Obtenido de <https://www.cenabast.cl/wp-content/uploads/2017/09/Anuario-2017.pdf>

Ceroni, P., Alvear, S., & Pino, G. (2019). Determinantes de no-participación en el programa de alimentación complementaria de personas mayores, resultados de la CASEN 2015. Revista Chilena de Nutrición, 46(1), 50-56.

Contreras, A., Herrera, Y., Rodríguez, L., Pizarro, T., & Atalah, E. (2011). Aceptabilidad y Consumo de una bebida láctea con Omega 3 en embarazadas y nodrizas del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Revista Chilena de Nutrición, 38(3), 313-320.

Corvalán, C. (2016). Estudio de evaluación de impacto nutricional de la utilización de fórmulas sucedáneas de leche materna (fórmula inicio) versus leche purita fortificada en parámetros bioquímicos y composición corporal en una cohorte de niños menores de 8 meses. Santiago: Corporación para apoyo de la investigación científica en nutrición (CINUT).

Cruchet, S., Arancibia, M. E., & Maturana, A. (2017). Informe final de estudio sobre incidencia a alergia a proteína de leche de vaca en el primer año de vida (APLV). Santiago: INTA.

DICTUC. (2016). Informe Final- Leche Purita Mamá Nuevos Sabores. Santiago: Centro de Aromas y Sabores. DICTUC.

DICTUC. (2019). Plataforma de información sensorial de la experiencia alimentaria del adulto mayor. Informe de Avance 2. Santiago: Proyecto Bienes Públicos CORFO.

DICTUC/ DESUC. (2019). Informe de Encuesta de Alimentación de Adultos Mayores (ENAAM). Proyecto Bienes Públicos 2017. Plataforma de información sensorial de la experiencia alimentaria del adulto mayor chileno. Una herramienta esencial para el diseño de alimentos sabrosos y saludables. Santiago: Dirección de Estudios Sociales. Universidad Católica de Chile.

Dirección de Presupuestos. (2013). Evaluación de Programas Gubernamentales: PNAC. Santiago: Dirección de Presupuestos. Ministerio de Hacienda.

Dirección de Presupuestos (2014). Informe de Egreso del Sistema de Cumplimiento de Compromisos: Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). Santiago: Dirección de Presupuestos. Ministerio de Hacienda. Disponible en [http://www.dipres.cl/597/articles-141172\\_seguinto\\_compromisos.pdf](http://www.dipres.cl/597/articles-141172_seguinto_compromisos.pdf)

Fiscalía Nacional Económica (2018). Investigación de oficio por eventuales conductas anticompetitivas de Soprole Inversiones S.A. y Nestlé Chile S.A. Rol N°1966-11 FNE y N°2415-16 acumulada. Jefe de División de Abusos Unilaterales. Disponible en [http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/inpu\\_001\\_2018.pdf](http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/inpu_001_2018.pdf)

Fundación Chile. (2015). Chile Saludable: oportunidades y desafíos de innovación para un Adulto Mayor Saludable. Santiago: Fundación Chile. Área de Alimentos y Acuicultura.

Guerrero, A. & Opitz, R. (2019). Evolución del comercio exterior del sector lácteo chileno y su situación arancelaria 2019. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias – ODEPA. Ministerio de Agricultura. Obtenido de <https://www.odepa.gob.cl/wp-content/uploads/2019/12/lacteos1990-2018.pdf>

Masi, C., & Atalah, E. (2008). Análisis de la aceptabilidad, consumo y aporte nutricional del programa alimentario del adulto mayor. Rev Méd Chile(136), 415-422. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v136n4/art01.pdf>

Ministerio de Salud. (2010). Nutrición para el desarrollo: El Modelo Chileno. Santiago. Obtenido de [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Nutrici%C3%B3n%20para%20el%20Desarrollo\\_%20El%20modelo%20chileno\\_%20MINSAL%202010.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Nutrici%C3%B3n%20para%20el%20Desarrollo_%20El%20modelo%20chileno_%20MINSAL%202010.pdf)

Ministerio de Salud. (2015). Manual de Procedimientos de los Programas Alimentarios. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). Santiago: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Nutrición y Alimentos.

Ministerio de Salud. (2015). Guía de Alimentación del Niño(a) Menor de 2 Años / Guía de Alimentación Hasta la Adolescencia. Santiago: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Nutrición y Alimentos.

Ministerio de Salud. (2016). Norma Técnica de los Programas Alimentarios.

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). Santiago: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Departamento de Alimentos y Nutrición.

Ministerio de Salud. (2017). Proyecto de Fortalecimiento de la Lactancia Materna en Chile y del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Santiago: Ministerio de Salud. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Depto. de Nutrición y Alimentos.

Ministerio de Salud. (2018). Balance de gestión de los Programas Alimentarios del Ministerio de Salud de Chile 2014-2017. Santiago: Ministerio de Salud. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Depto. de Nutrición y Alimentos.

Ministerio de Salud. (2018). Informe Diagnóstico: Funcionamiento de los Programas Alimentarios. Santiago: Ministerio de Salud. DIPOL/DAN.

Ministerio de Salud. (2019). Informe Diagnóstico: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor. Santiago: Ministerio de Salud. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Depto. de Nutrición y Alimentos.

Ministerio de Salud. (2019). Informe Diagnóstico: Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Santiago: Ministerio de Salud. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Depto. Nutrición y Alimentos.

Mujica, M., Brito, A., Castillo, Á., Olivares, M., & Hertrampf, E. (2012). Consumo y valoración social de la leche purita fortificada y cereal del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) en Chile. *Rev Chil Nutr*, 39(4).

Quitral, V. (2015). Quitral, Vilma (2015). Diseño de especificaciones sensoriales de bases técnicas de leche purita fortificada, bebidas lácteas y sopas crema del Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Licitación pública ID 757-294-L114.

Universidad de Chile. (2014). Informe final estudio nacional de aceptabilidad y consumo de los productos de los Programas Alimentarios del Ministerio de Salud: "Mi Sopita", "Purita Mamá" y "Crema Años Dorados", Licitación Pública 757-163-LE13. Universidad de Chile, Santiago.

UTEM; U. Finis Terrae; U.Chile. (2019). Desarrollo de alimentos saludables con buenos atributos sensoriales para mejorar el estado nutricional del adulto mayor. Proyecto IDEA FONDEF. Santiago: Conicyt.

Vera, G., de Pablo, S., Hodgson, M., & Atalah, E. (2010). Análisis crítico del PNAC. Alternativas para optimizar la calidad nutricional de los alimentos destinados a los menores de 2 años de edad". Depto. Nutrición y Alimentos. Santiago: Ministerio de Salud.

# ANEXOS



## X. ANEXOS

## 10.1 PRODUCTOS PNAC ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

PATOLOGIA	GRUPO	EDAD	PRODUCTO	OBSERVACIONES
<b>Fenilcetonuria</b>	Grupo 1	<18m	Phenex 1 (2019)	2017-2018 PKU Anamix Infant 2017-2018 PKU Energy
	Grupo 2	18m-7a	Phenex 2 (2019)	
	Grupo 3	7-14a	PKU Nutri 2 Concentrated	
	Grupo 4	>14+	PKU Med C Plus	
<b>Enfermedad Orina Olor a Jarabe de Arce (EOJA) (MSUD)</b>	Grupo 1	<18m	Ketonex 1	2017-2018 MSUD Anamix Infant 2017-2018 MSUD Maxamaid 2017-2018 MSUD Maxamum
	Grupo 2	18m-7a	Ketonex 2	
	Grupo 3	7-14a	MSUD Maxamum	
	Grupo 4	>14+	MSUDMED B Plus	
<b>Acidemia Propiónica (AP) y Metilmalónica (AMM) (AO)</b>	Grupo 1	<18m	MMA/PA Anamix Infant	
	Grupo 2	18m-7a	PROPIMEX 2	
	Grupo 3	7-14a	XMTVI Maxamum	
	Grupo 4	>14+	OACMED B Plus	
<b>Alteraciones del Ciclo de la Urea (ACU)</b>	Grupo 1	<18m	Cyclinex 1	
	Grupo 2	18m-7a	Cyclinex 2	
	Grupo 3	7-14a	Dialamine	
	Grupo 4	>14+	Essential Aminoacid	
<b>Tirosinemia Tipo 1 (TYR)</b>	Grupo 1	<18m	Tyrex 1	
	Grupo 2	18m-7a	Tyrex 2	
	Grupo 3	7-14a	Xphen Tyr Maxamum	
	Grupo 4	>14+	TYROMED B Plus	
<b>Aciduria Glutárica Tipo 1 (AG1)</b>	Grupo 1	<18m	GA 1 Anamix Infant	
	Grupo 2	18m-7a	XLYS LOW TRY Maxamaid	
	Grupo 3	7-14a	XLYS LOW TRY Maxamum	
	Grupo 4	>14+	GA 2	
<b>Acidemia Isovalérica (IVA)</b>	Grupo 1	<18m	Iva Anamix Infant	
	Grupo 2	18m-7a	Xleud Maxamaid	
	Grupo 3	7-14a	Xleud Maxamum	
	Grupo 4	>14+	LEUMED B Plus	
<b>Homocistinuria</b>	Grupo 1	<18m	HCU Anamix Infant	
	Grupo 2	18m-7a	HCYSMED B Fórmula	
	Grupo 3	7-14a	XMET Maxamum	
<b>Def. Betaoxidación</b>	Grupo 1	Grupo único	Monogen	
<b>Glut 1 y Glut 2</b>	Grupo único	Grupo único	Ketocal	

Nota: Productos de la compra vigente a enero de 2020, los cuales pueden cambiar dependiendo de la compra.  
Fuente: Departamento de Nutrición y Alimentos, Ministerio de Salud.

## 10.2 ETIQUETADO PRODUCTOS PACAM

A continuación, a modo de ejemplo, se muestra la información nutricional de la Crema Años Dorados variedad espárrago, según su ficha técnica año 2018:

<b>CREMA AÑOS DORADOS ESPÁRRAGOS</b>		
Porción: 1 medida= 5 cucharadas rasas (50g) disolver en 1 taza (200ml) de agua recién hervida y tibia		
Porciones por envase: 20		
	<b>100G</b>	<b>PORCIÓN</b>
Energía (Kcal)	412	206
Proteínas (g)	13,70	6,85
Grasas total (g)	9,60	4,80
Grasa Saturada (g)	1,66	0,83
Grasa Monoinsaturada (g)	5,77	2,89
Grasa Poliinsaturada (g)	2,13	1,07
Ácido linoleico (g)	2,10	1,05
Ácido alfa linoléico (g)	0,40	0,20
Grasas trans (g)	0,00	0,00
Colesterol (mg)	0,00	0,00
H. de Carbono disponibles (g)	67,90	33,95
Azúcares totales (g)	4,50	2,25
Fibra dietética total (g)	7,73	3,87
Sodio (mg)	222	111
		*
Vitamina A (µg ER)	240,00	15%
Vitamina C (mg)	30,00	25%
Vitamina D (µg)	8,00	80%
Vitamina E (mg ET)	16,00	40%
Vitamina B1 (mg)	0,35	13%
Vitamina B2 (mg)	0,40	13%
Niacina (mg EN)	4,50	13%
Vitamina B6 (mg)	1,00	25%
Ácido Fólico (µg)	40,00	10%
Vitamina B12 (µg)	1,40	70%
Calcio (mg)	400,00	25%
Hierro (mg)	4,20	15%
Fósforo (mg)	400,00	25%
Magnesio (mg)	150,00	25%
Zinc (mg)	3,00	10%
(*) % En relación a la Dosis Diaria Recomendada		

De la misma forma, la información nutricional de la Bebida Láctea Años Dorados es la siguiente:

#### BEBIDA LÁCTEA AÑOS DORADOS

Porción: 1 medida o 3 cucharadas rasas (25g) de polvo, disolver en agua recién hervida tibia y completar con agua a 1 taza (200ml).

Porciones por envase: 40

	100G	PORCIÓN
Energía (Kcal)	400	100
Proteínas (g)	21,6	5,4
Grasas total (g)	9,7	2,4
Grasa saturada (g)	0,7	0,2
Grasa monoinsaturada (g)	6,9	1,7
Grasa poliinsaturada (g)	2	0,5
Ácido linoleico (g)	1,6	0,4
Grasas trans (g)	0	0,0
Colesterol (mg)	15	3,8
H. de Carbono disponibles (g)	56,5	14,1
Azúcares totales (g)	32,5	8,1
Lactosa (g)	27,8	7,0
Sacarosa + otros azúcares simples (g)	4,7	1,2
Fibra dietética total (g)	1,20	0,3
Sodio (mg)	300	75
		*
Vitamina A (µg ER)	800	25%
Vitamina C (mg)	180	75%
Vitamina D (µg)	16	80%
Vitamina E (mg ET)	32	40%
Vitamina B1 (mg)	0,8	14%
Vitamina B2 (mg)	1,6	25%
Niacina (mg EN)	10	14%
Vitamina B6 (mg)	1,6	20%
Folato (µg EFA)	80	10%
Vitamina B12 (µg)	2,8	70%
Calcio (mg)	1000	31%
Fósforo (mg)	800	25%
Magnesio (mg)	300	25%
Hierro (mg)	5,6	10%
Zinc (mg)	12	20%

(\*) % En relación a la Dosis Diaria Recomendada

### 10.3 ENTREVISTAS REALIZADAS

Para la elaboración de este informe, y en particular del capítulo sobre implementación de Programas Alimentarios, se realizaron una serie de entrevistas a los distintos actores involucrados en estos programas, en los tres niveles de acción (central, regional y local) detectados a la luz del presente informe.

Las entrevistas realizadas involucraron representantes de las siguientes instituciones:

CARGOS	INSTITUCIONES
Profesionales de Programas Alimentarios Jefa de Departamento de Nutrición y Alimentos	Subsecretaría de Salud Pública
Nutricionista asesora técnica del Departamento de Modelo de Atención Integral de Salud Comunal Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado	División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Jefe Unidad Contratos Jefa (s) de Compras Jefe de Compras Programas Ministeriales Miembro de equipo Programa Ministerial de Alimentos Miembro de equipo de Compras Asesor del Director Directora Programas Alimentarios	Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)
Referentes de Programas Alimentarios	Seremi de Salud de la Región Metropolitana
Referente de Nutrición	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Referente de Nutrición	Servicio de Salud Metropolitano Central
Nutricionista supervisor encargado de Programas Alimentarios Director CESFAM	Centro de Salud Familiar Barros Luco, San Miguel.
Nutricionista supervisora encargada de Programas Alimentarios	Centro de Salud Familiar N° 5, Estación Central.

### PAUTA DE LAS ENTREVISTAS

Las entrevistas realizadas tenían el fin de contrastar con la realidad, las funciones y procesos establecidos en la Norma Técnica y Manual de Procedimientos de los Programas Alimentarios. Las entrevistas realizadas fueron de carácter semiestructurado, siguiendo una pauta general que se adaptó a las funciones específicas de la institución a que correspondía, y profundizando en puntos de interés que surgieron durante la misma entrevista.

Los puntos generales tratados fueron los siguientes:

1. Contextualización de la entrevista, en el marco de la Evaluación Focalizada de Ámbito. Definición de en qué consiste la EFA y los objetivos que se quieren lograr con la evaluación, de manera de orientar respuestas. Se indican las medidas de confidencialidad y uso de la información para fines de la evaluación.



2. ¿Cuántas personas en su institución se dedican a los programas alimentarios? ¿Cuántas horas diarias/semanales dedican a éstos?
3. ¿Quiénes son sus principales vínculos/contactos en las demás instituciones (Minsal/CENABAST/Seremi de Salud/Servicio de Salud/ establecimiento APS)? ¿Cuál es la instancia, frecuencia y vía de comunicación con cada uno de ellos?
4. ¿Hay alguna diferencia entre la comunicación que tiene con establecimientos dependientes del Servicio de Salud respecto de establecimientos municipales? ¿Percibe diferencias entre establecimientos según horas de dedicación del nutricionista encargado?
5. En su opinión, ¿se cumple la norma técnica respecto del personal dedicado a programas alimentarios en su institución/los establecimientos que usted supervisa? De no ser así, ¿por qué cree usted que esto ocurre?
6. Para cada función y proceso establecidos en la Norma Técnica y Manual de Procedimientos, se procede a consultar si:
  - Efectivamente se realiza
  - Cuál es el procedimiento específico para su realización (etapas, medios de registro, actores involucrados, entre otros)
  - Con qué frecuencia se realiza
  - Existen excepciones a la norma
7. Se consulta sobre los registros que lleva relacionados con los procesos (ej. pedidos, stock, demandas de los productos, retiros, estadísticas, etc.). ¿Qué se registra? ¿Con qué periodicidad se registra? ¿Qué plataforma se utiliza? ¿La plataforma es segura/confiable? ¿Existe algún proceso que confirme que los datos ingresados son correctos?
8. ¿Existe algún protocolo de contingencias? (falta de stock, productos en mal estado, atrasos en la entrega planificada, situaciones de emergencias por catástrofes naturales)
9. ¿Se observan muchas diferencias de comportamientos entre consultorios? ¿Podría dar ejemplos de consultorios de “buen y mal comportamiento”?
10. En su opinión, ¿cuál es el propósito de los programas alimentarios? ¿se cumple?
11. En su opinión, ¿qué mejoras podría realizar el programa?

#### 10.4 REFERENTES DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS EN SERVICIOS DE SALUD

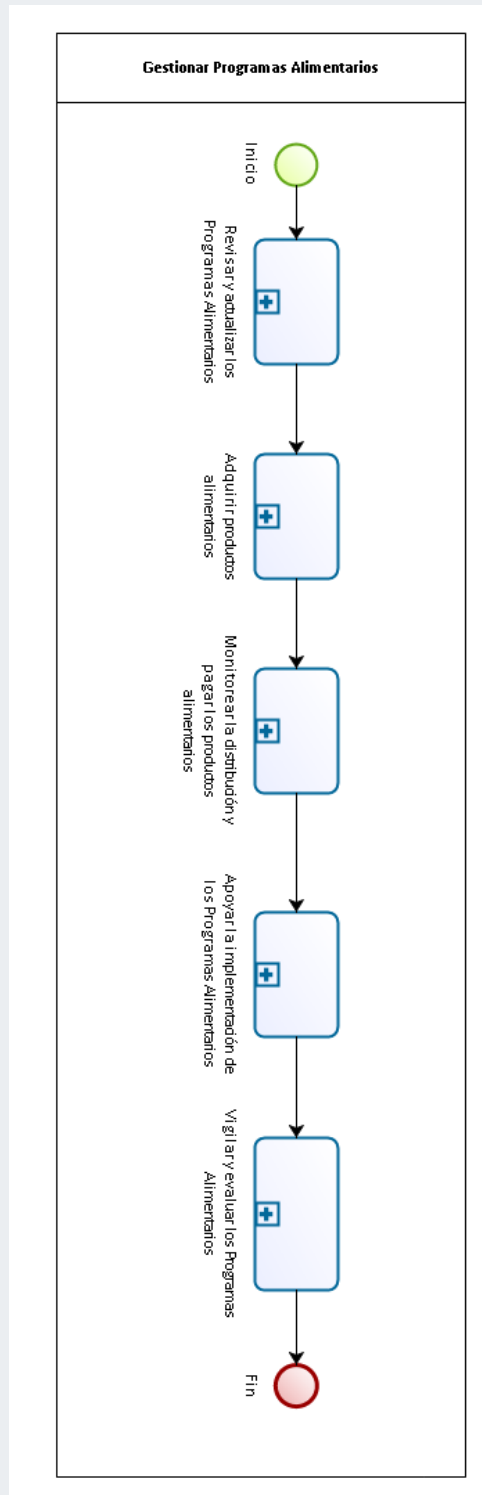
##### DETALLE DE REFERENTES DEL PA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

SERVICIO DE SALUD	NÚMERO ORDINARIO	FECHA RESOLUCIÓN	ENCARGADA	HORAS DEDICACIÓN SEMANAL
S.S. Arica	1762	21-abr-17	Definida	Sin información
S.S. Iquique	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Antofagasta	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Atacama	2425	10-jul-17	Definida	5
S.S. Coquimbo	965	10-jul-17	No hay	Sin información
S.S. Valparaíso San Antonio	866	10-may-17	No hay	Sin información
S.S. Viña del Mar Quillota	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Aconcagua	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Metropolitano Norte	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Metropolitano Occidente	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Metropolitano Central	891	28-jun-17	Definida	Sin información
S.S. Metropolitano Oriente	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Metropolitano Sur	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Metropolitano Sur Oriente	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Del Libertador B. O'Higgins	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Del Maule	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Ñuble	470	09-may-17	Definida	Sin información
S.S. Concepción	2031		Definida	Sin información
S.S. Arauco	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Talcahuano	941	17-abr-17	Alejandro Parada	Sin información
S.S. Biobío	1013	19-may-17	Paulina Tobar	Sin información
S.S. Araucanía Norte	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Araucanía Sur	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Valdivia	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Osorno	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Del Reloncaví	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Chiloé	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Aisén	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información
S.S. Magallanes	1002	25-abr-17	Rosario Astroza	Sin información

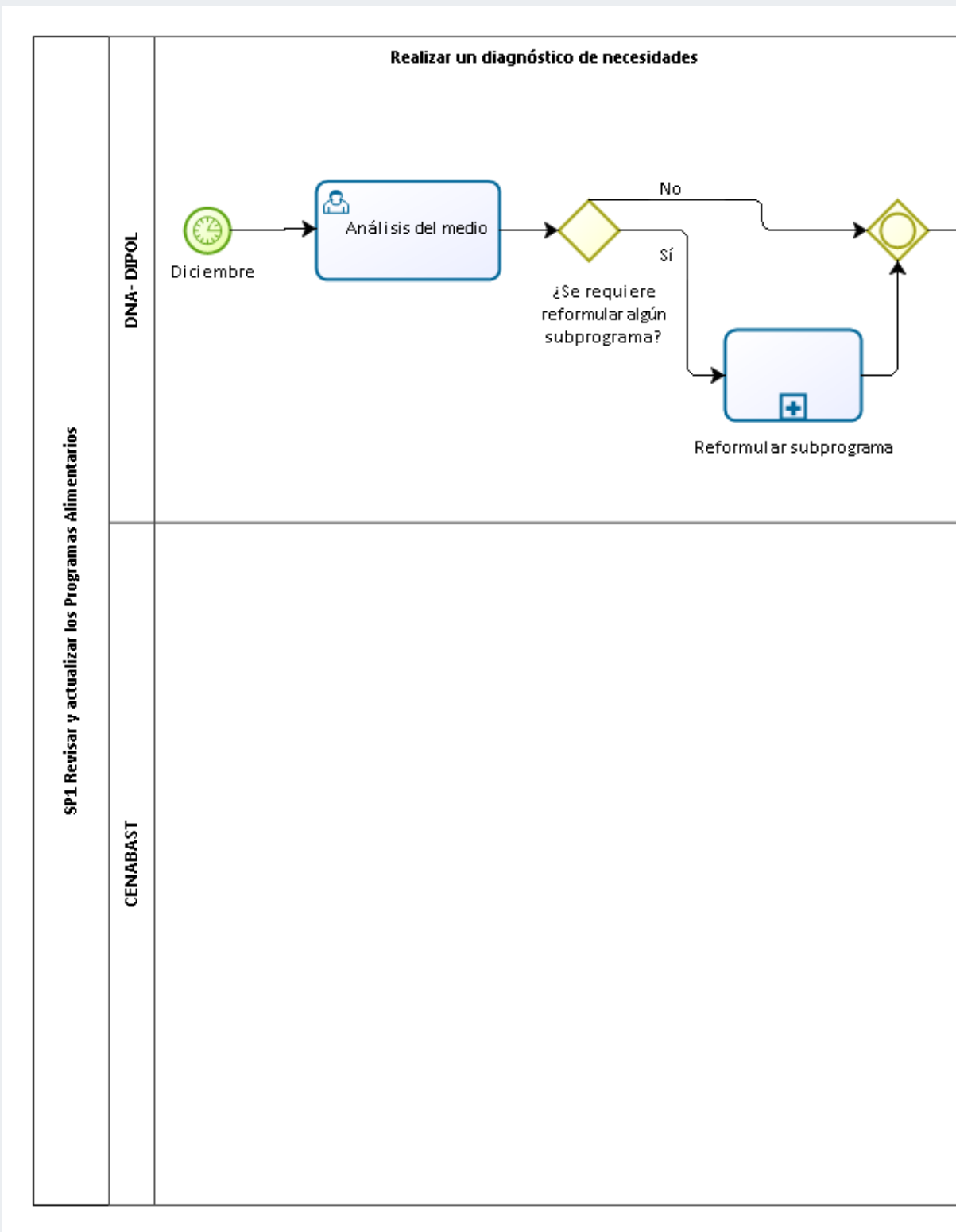
Fuente: Elaboración propia en base a información de Minsal

## 10.5 PROCEDIMIENTOS DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

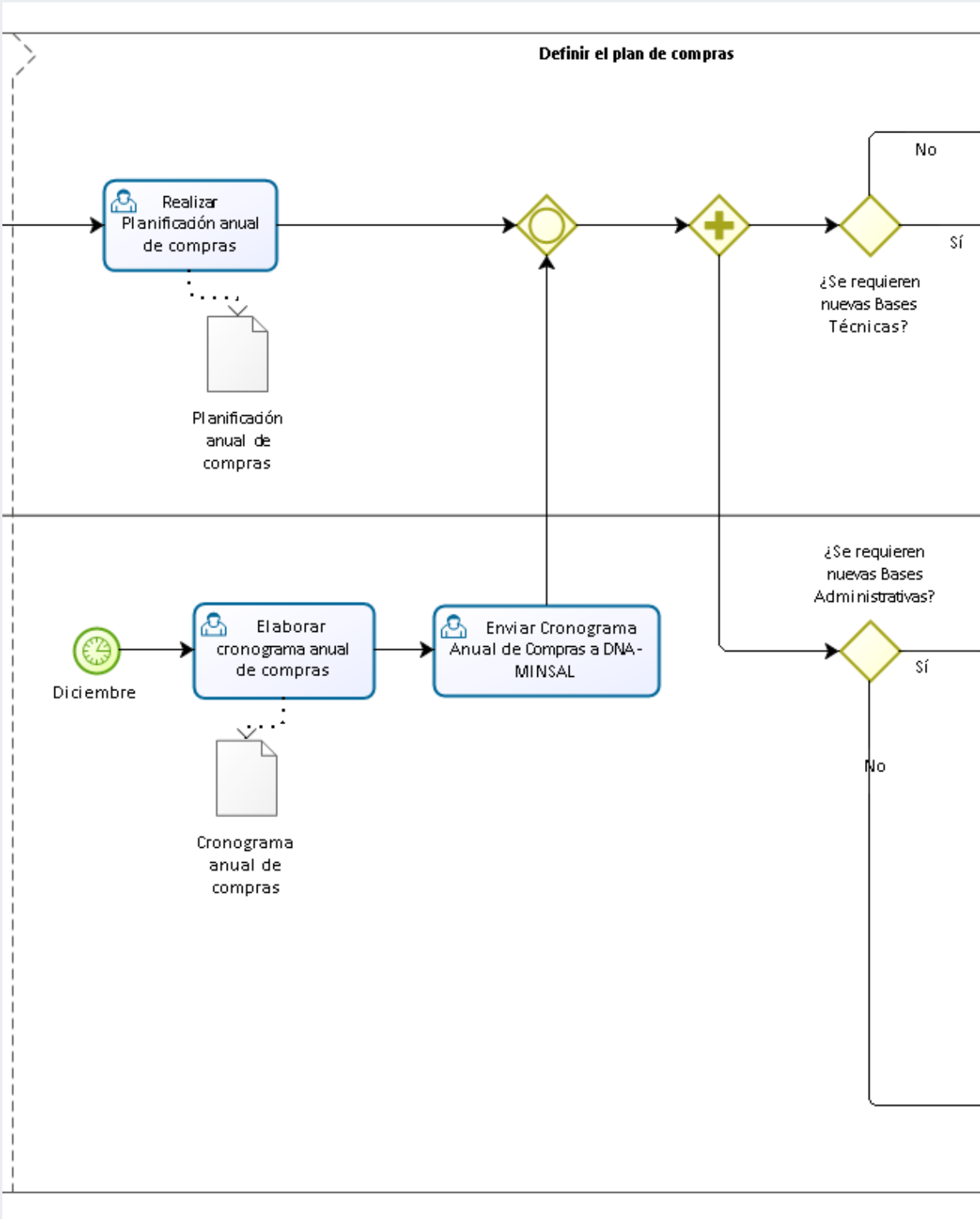
### SUBPROCESOS CONTENIDOS EN EL PROCESO "GESTIONAR LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS"



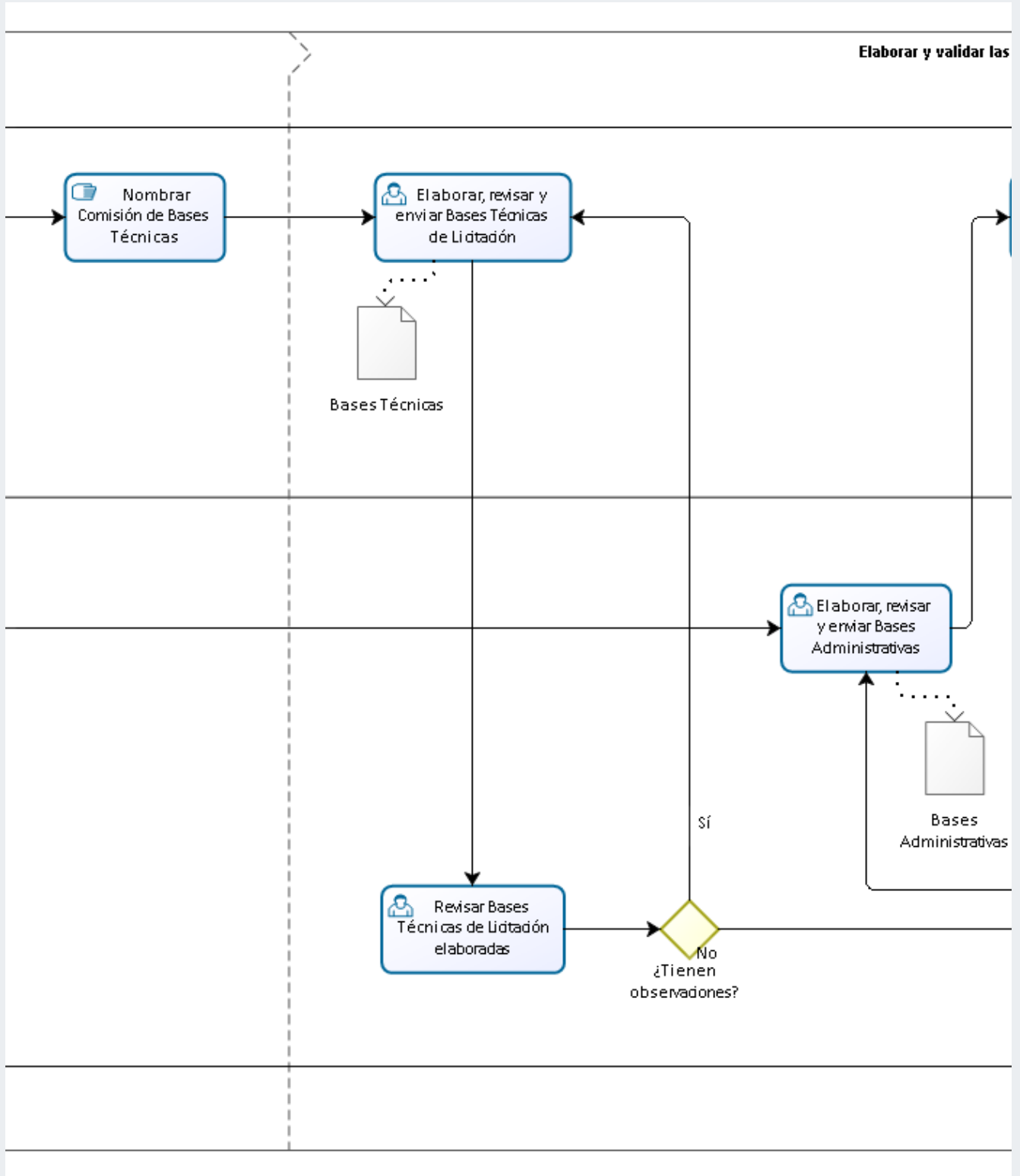
**SP1 REVISAR Y ACTUALIZAR LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS**



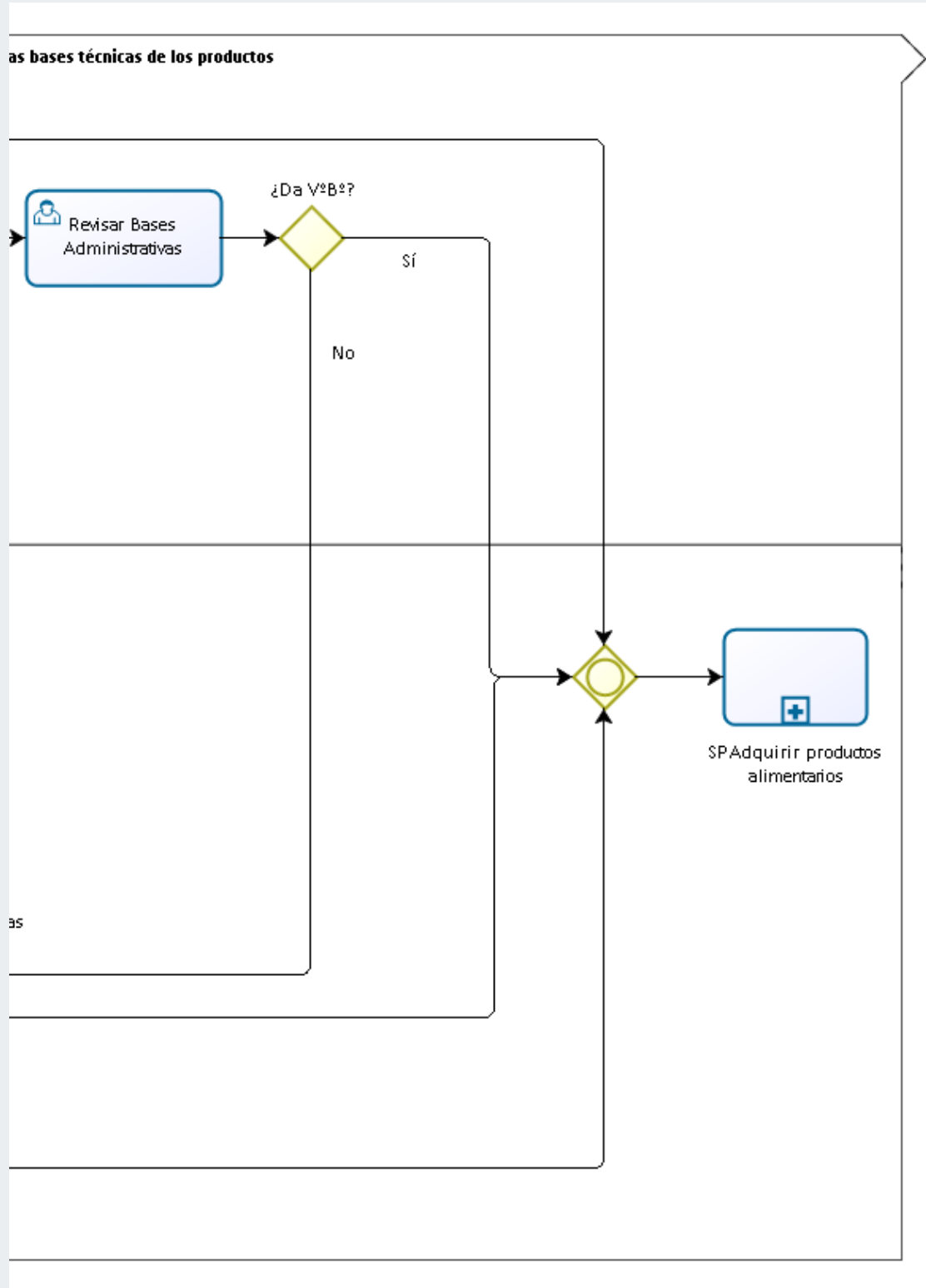
CONTINUACIÓN



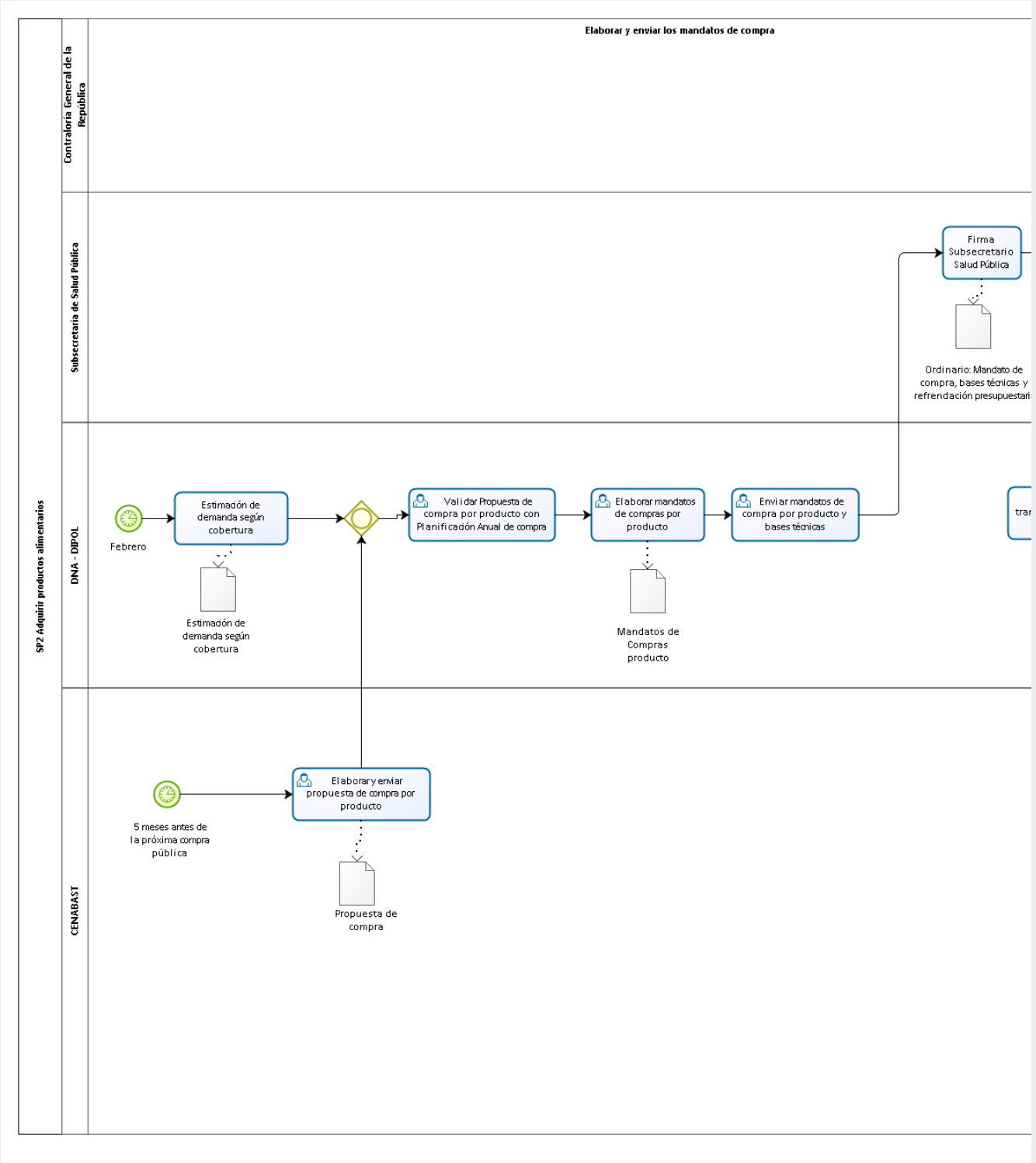
CONTINUACIÓN



### CONTINUACIÓN

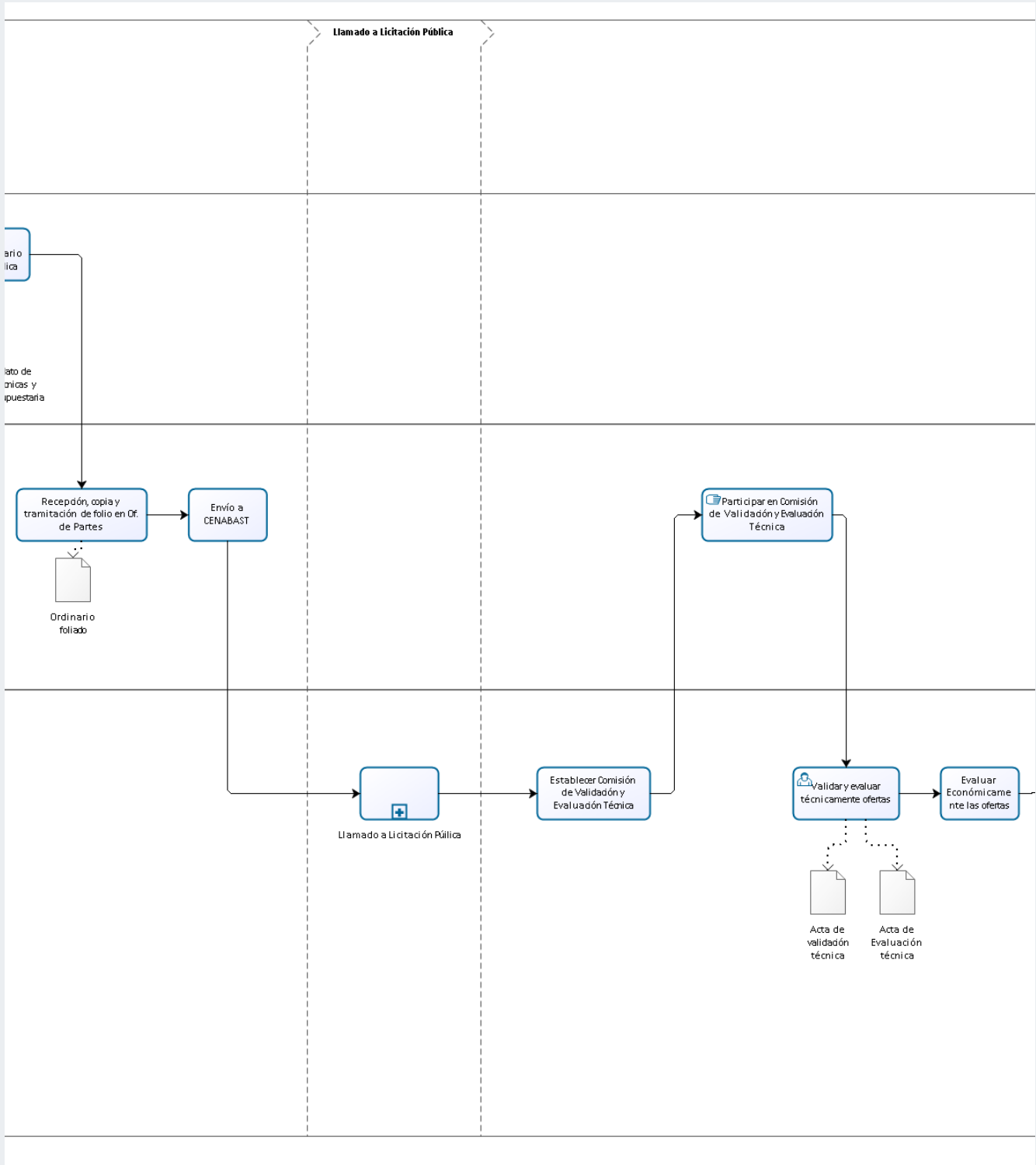


### SP2 ADQUIRIR PRODUCTOS ALIMENTARIOS

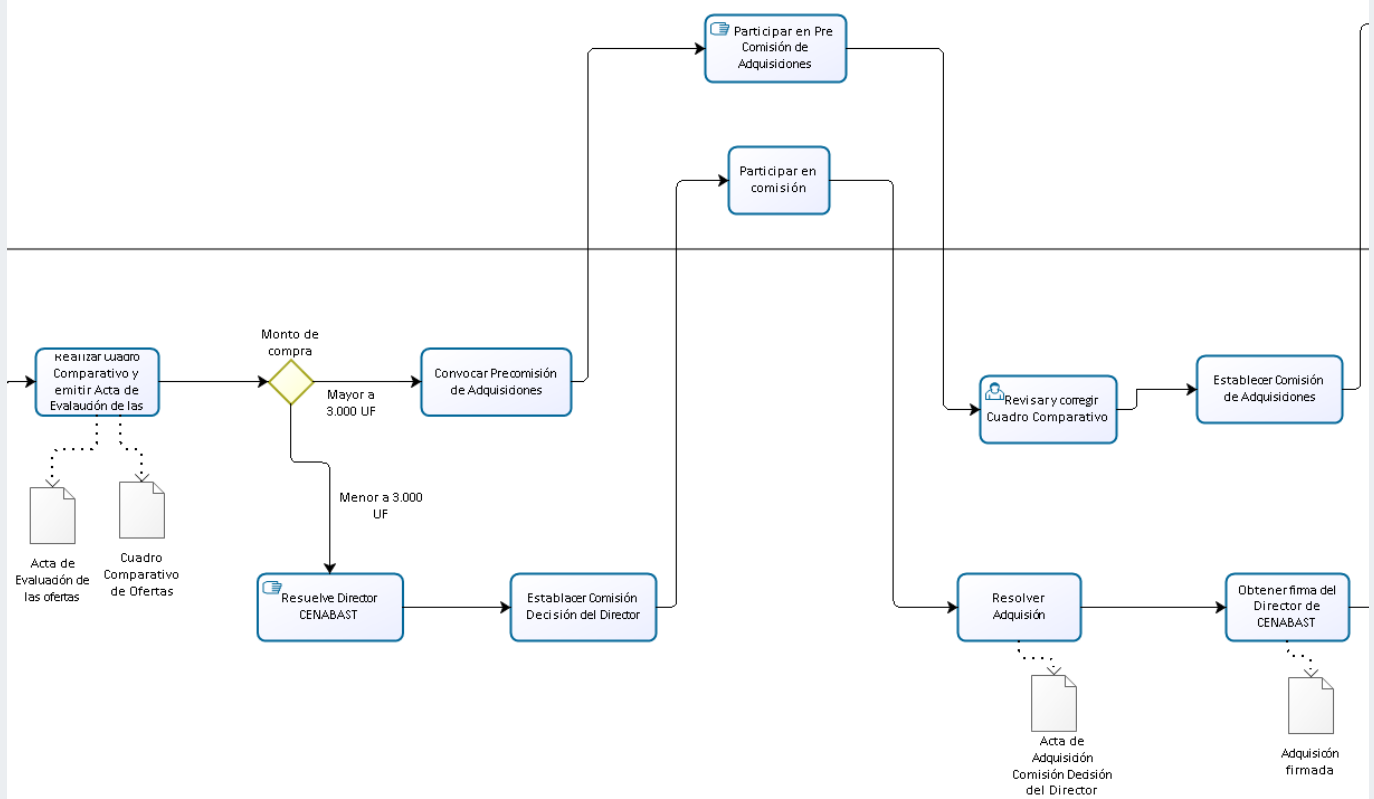




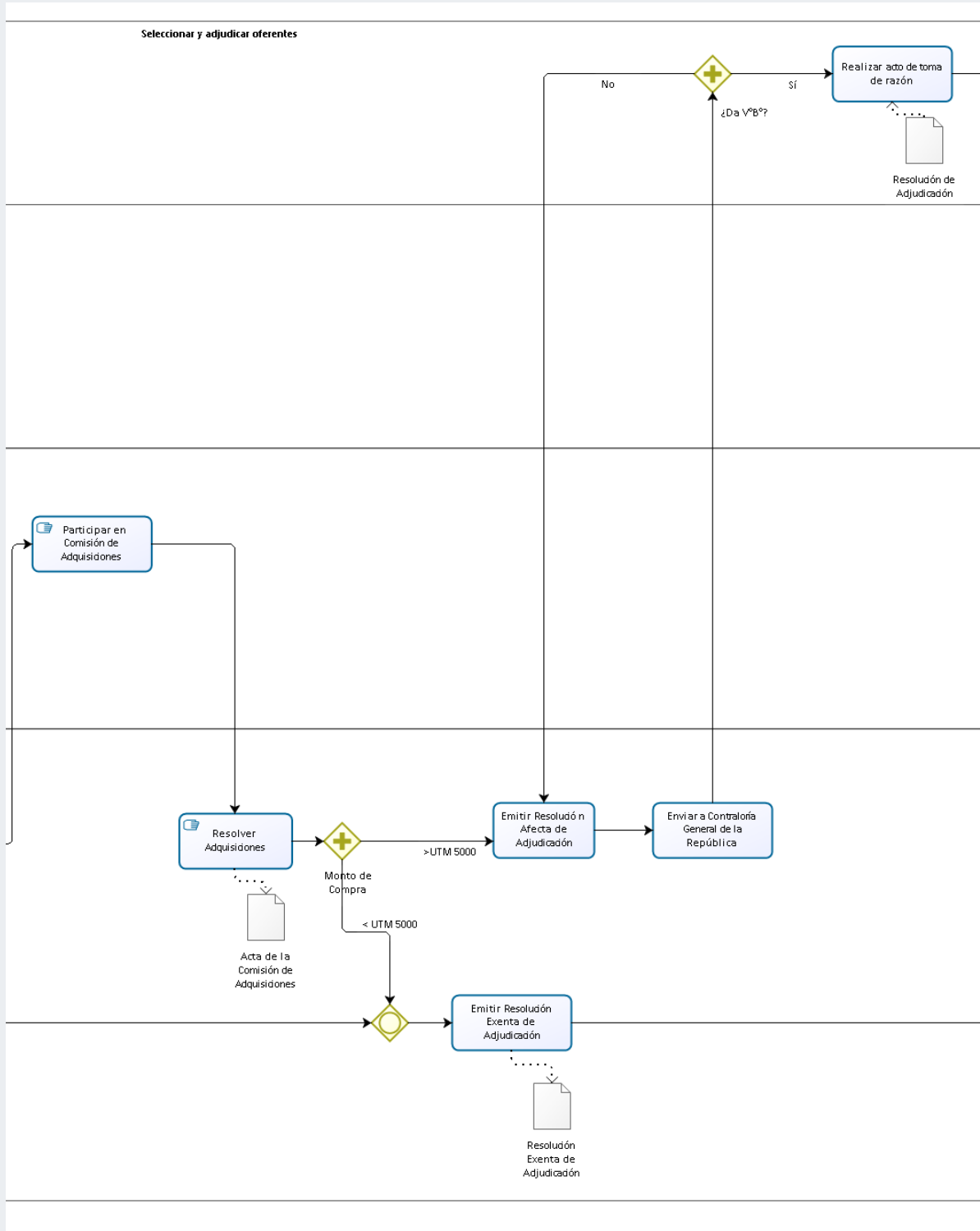
### CONTINUACIÓN



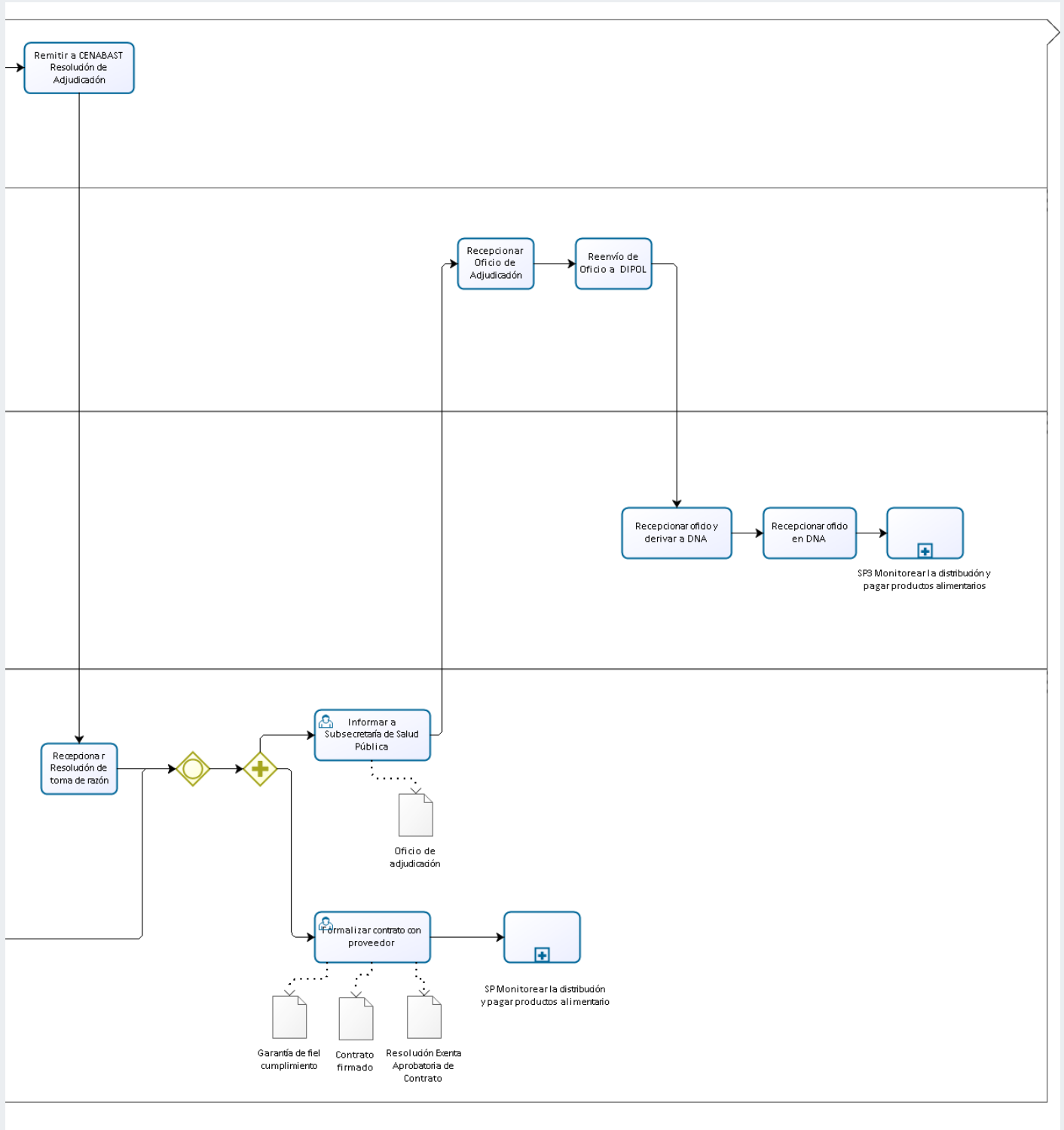
## CONTINUACIÓN



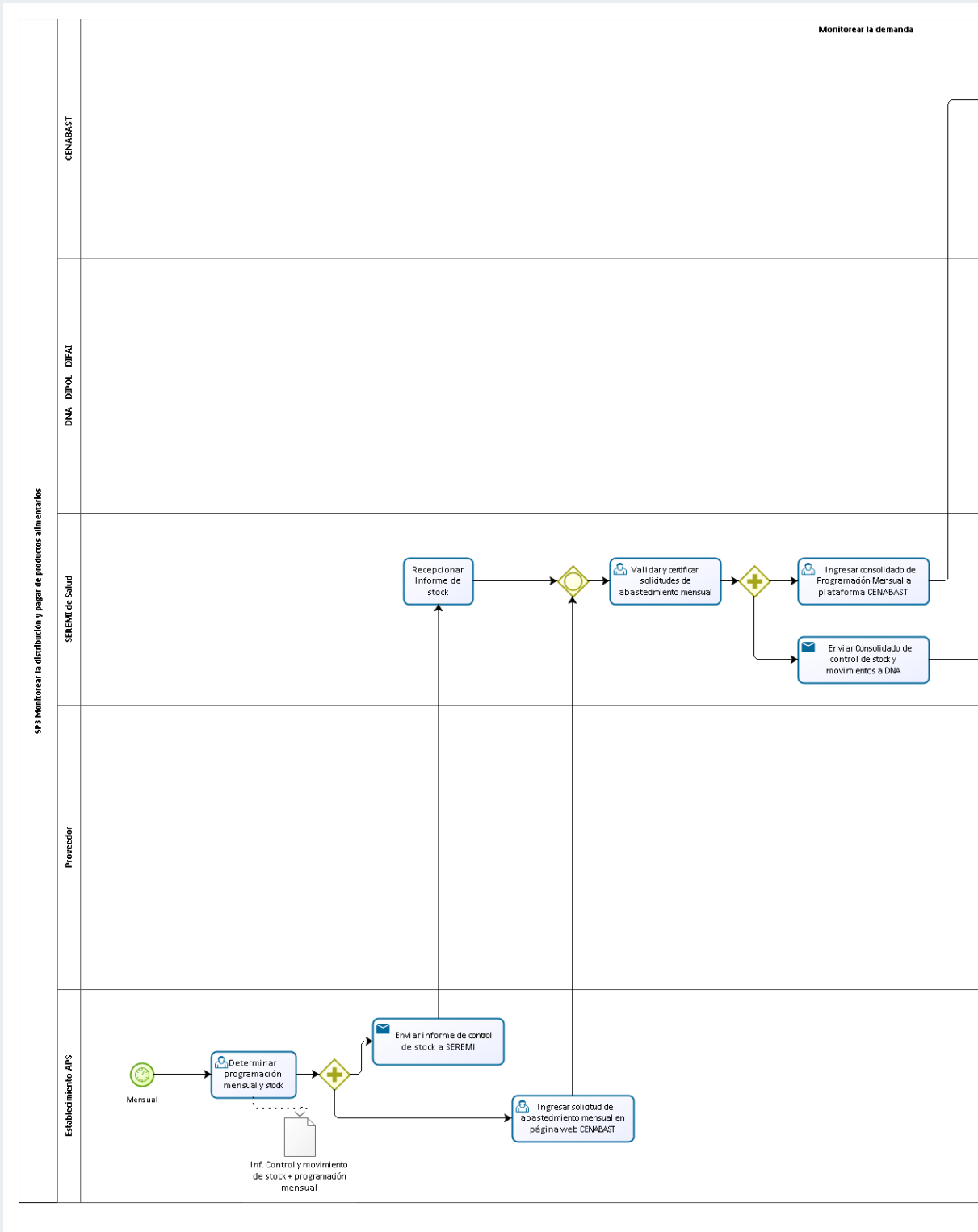
### CONTINUACIÓN



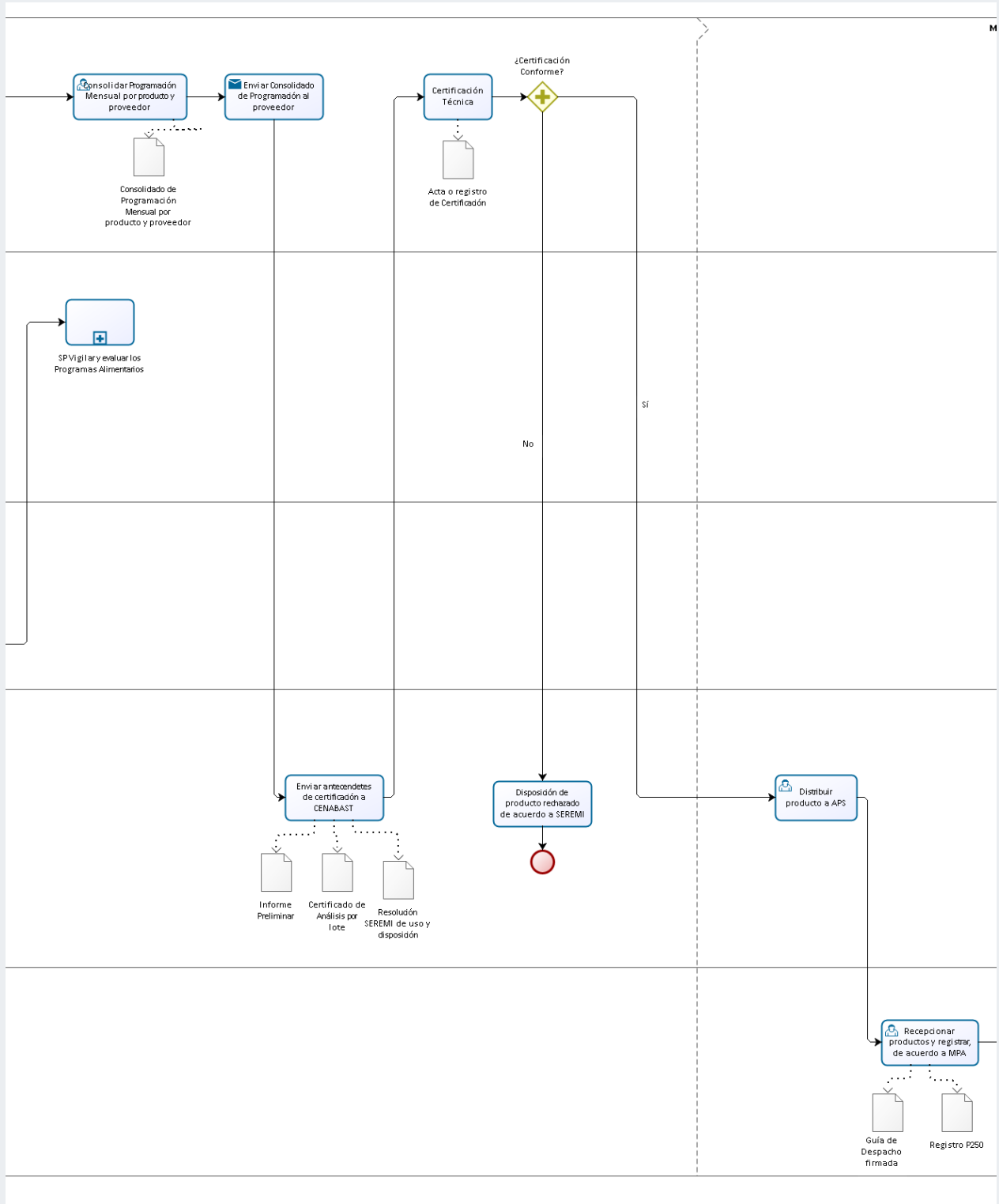
CONTINUACIÓN



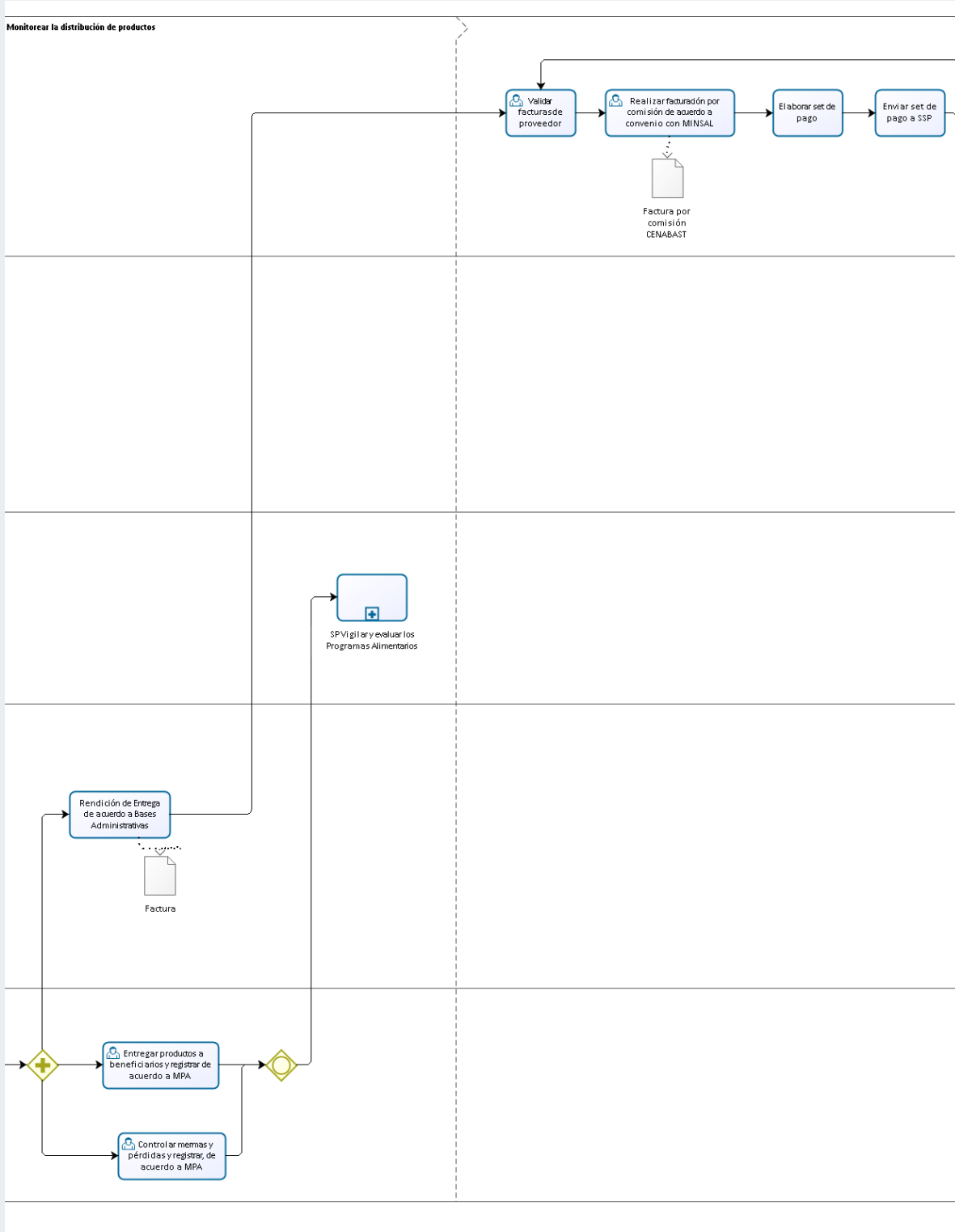
### SP3 MONITOREAR LA DISTRIBUCIÓN Y PAGAR LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS



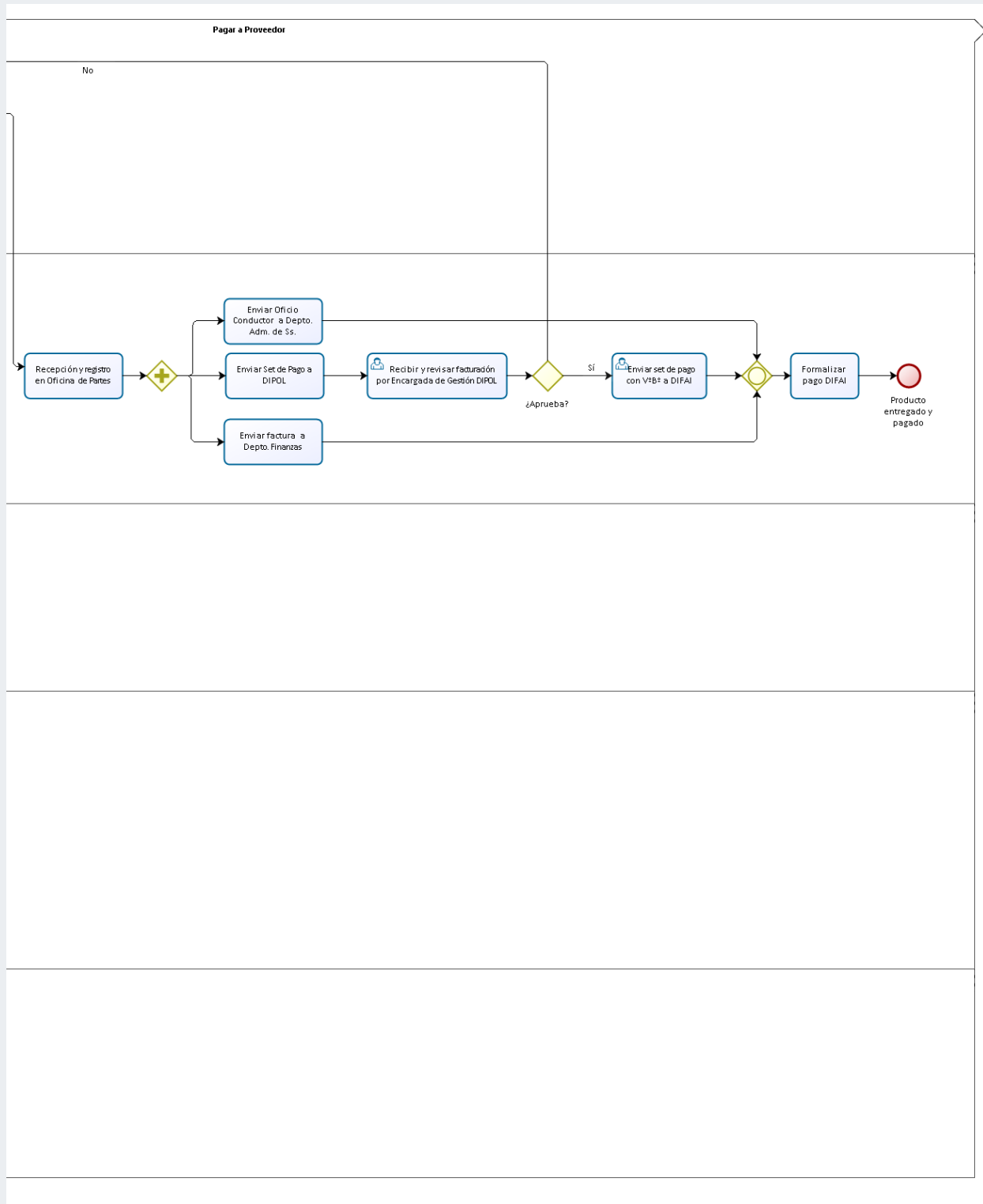
### CONTINUACIÓN



CONTINUACIÓN

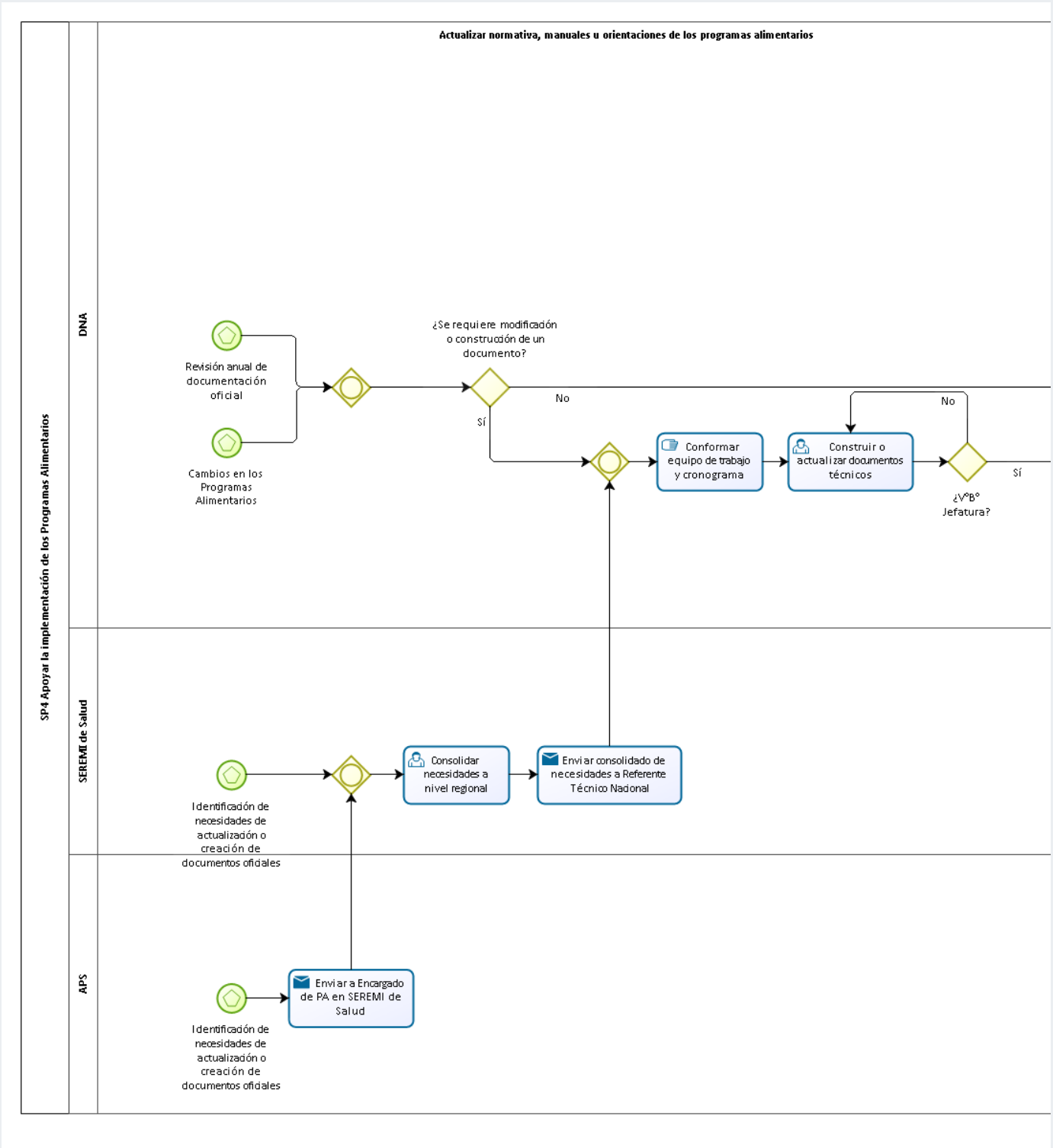


## CONTINUACIÓN

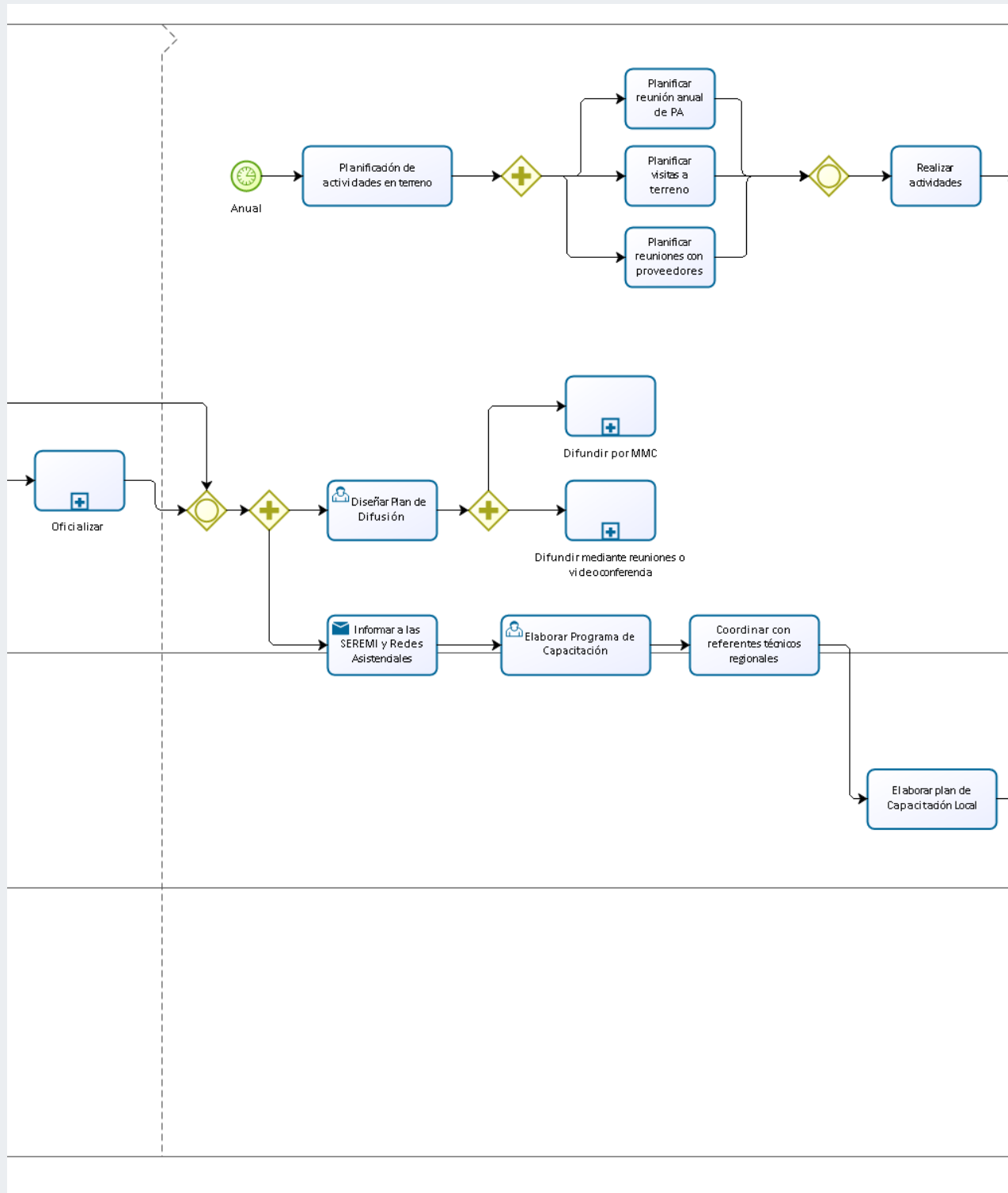




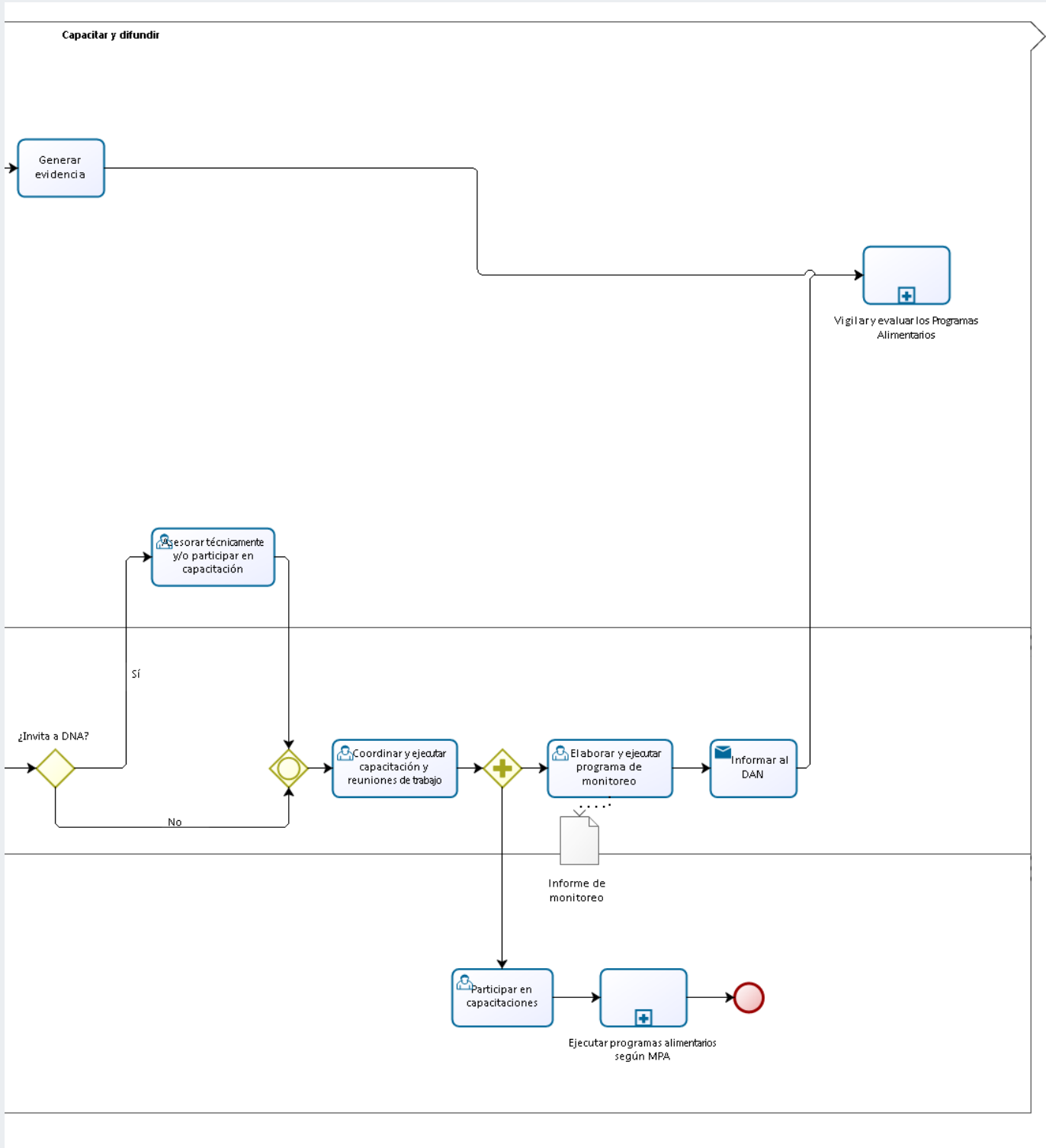
### SP4 APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS



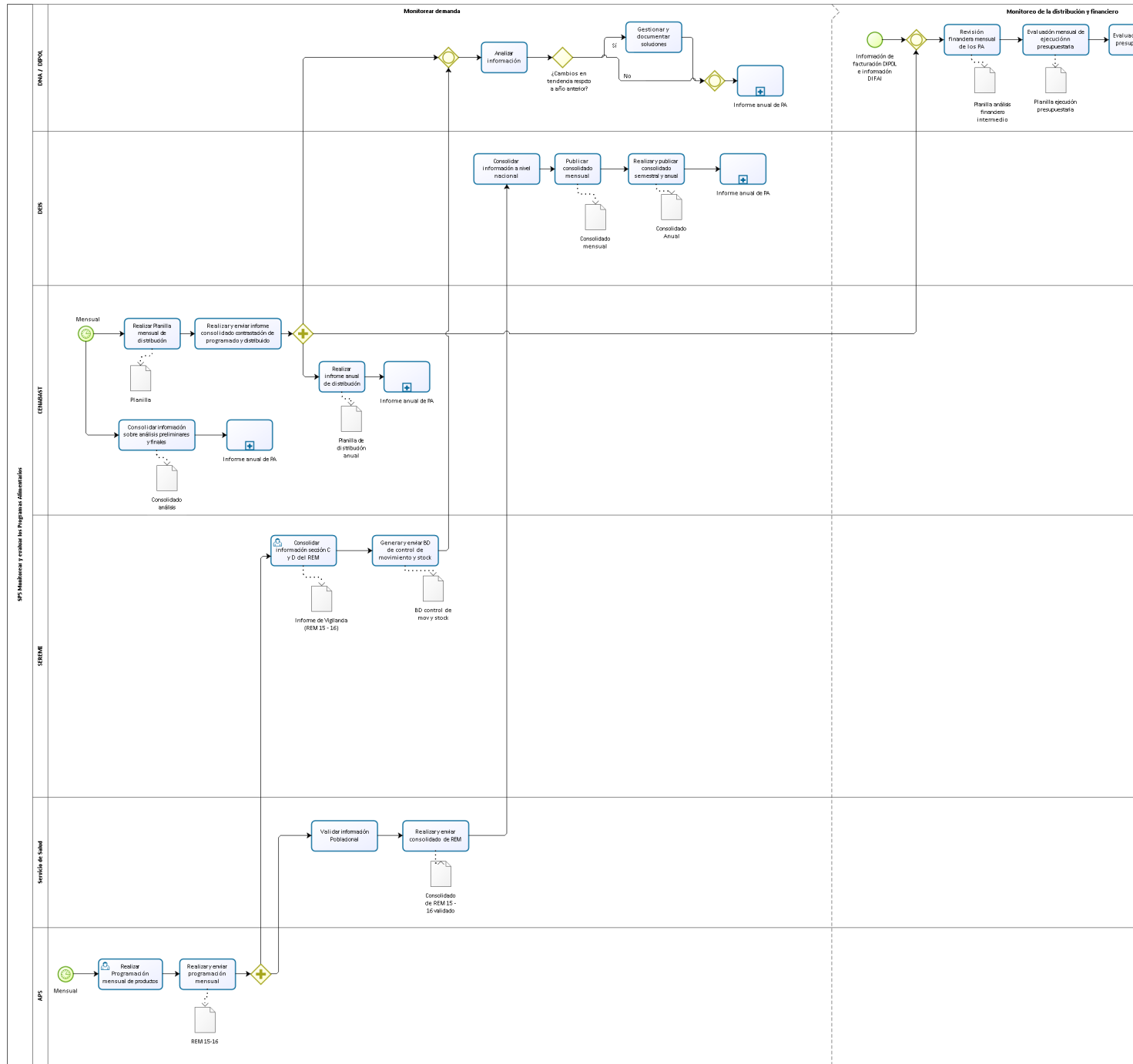
CONTINUACIÓN



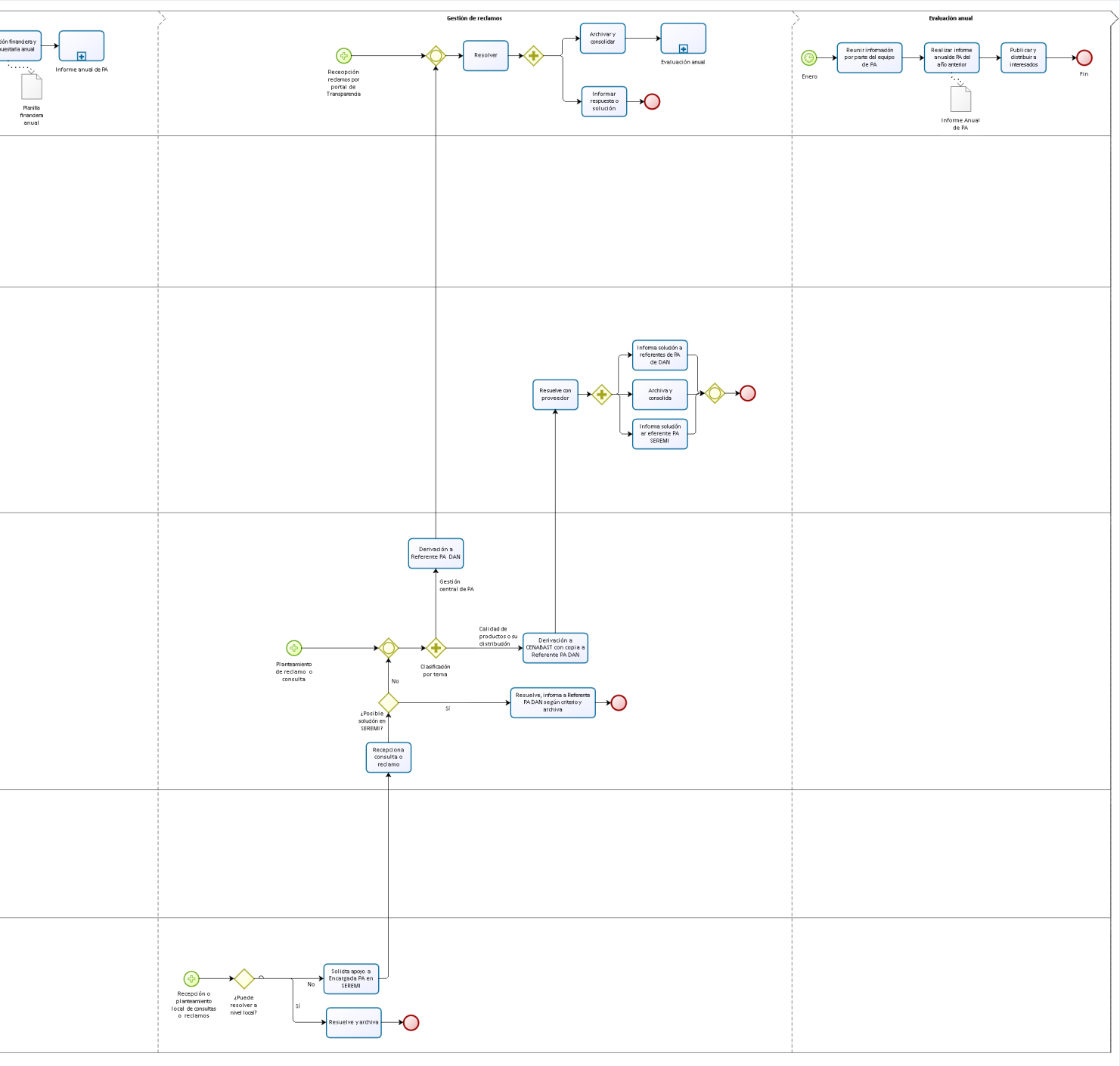
CONTINUACIÓN



### SP5 MONITOREAR Y EVALUAR LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS



CONTINUACIÓN



## 10.6 ANTECEDENTES PARA EL CÁLCULO DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

### 1. ASIGNACIONES ESPECÍFICAS DE LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS

Se consideran dos asignaciones en el programa presupuestario de la Subsecretaría de Salud Pública (en miles de \$ de cada año).

IDENTIFICACIÓN ASIGNACIÓN			2015	2016	2017	2018	2019
PARTIDA; CAPÍTULO; PROGR.	SUBT.; ÍTEM; ASIGN.	DENOMINACIÓN DE ASIGNACIÓN	MONTO (M\$)	MONTO (M\$)	MONTO (M\$)	MONTO (M\$)	MONTO (M\$)
16.09.01	24.01.003	Programa Nacional de Alimentación Complementaria	46.329.524	44.284.874	45.613.420	44.542.630	46.104.206
16.09.01	24.01.007	Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor	22.413.636	23.265.354	23.963.315	24.586.361	25.200.540

Fuente: Elaboración propia en base a Leyes de Presupuestos de cada año

### 2. APORTES INSTITUCIÓN RESPONSABLE

#### 2.1 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Se consideran las remuneraciones de nivel central (DNA), según la nómina del equipo entregado por el programa para cada año del 2015 al 2019. El gasto en remuneraciones se obtuvo de la página web de transparencia activa de la Subsecretaría de Salud Pública.

NIVEL CENTRAL	2015	2016	2017	2018	2019
Dotación Programas Alimentarios	1,8	2,0	2,5	4,8	5,8
Remuneraciones (M\$ corrientes)	35.037	53.296	75.682	144.196	171.626

Fuente: Elaboración propia en base a información de Minsal

Respecto de los Bienes y Servicios de Consumo, dado que el programa no proporcionó información respecto del gasto en este subtítulo para los programas alimentarios, se consideró, en una primera instancia, aplicar la proporción de la dotación dedicada respecto de la dotación máxima autorizada de la institución, al total de gastos en este subtítulo por parte de la Subsecretaría de Salud Pública. Sin embargo, se consideró finalmente que el ejercicio no sería representativo de los gastos reales del programa, ya que el subtítulo de bienes y servicios de consumo del presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública considera gastos de naturaleza extremadamente heterogénea.

## 2.2 SECRETARÍAS REGIONALES MINISTERIALES

Para el nivel regional, se trabajó en base a información del costo incremental correspondiente a 15 cupos adicionales de referentes técnicos que se formalizaron y, en menor medida, se crearon, para dedicarse a programas alimentarios en las Seremias, en el año 2018. De acuerdo a información provista por el programa, previo al 2018 eran 5 los cargos dedicados a programas alimentarios en las Seremias. En este contexto, se estimó un costo promedio por cargo, que se supuso constante en términos reales en el período, y se calculó el gasto en remuneraciones de manera proporcional el número de cargos. Para el año 2019, se considera que se mantiene el número de cargos y valor real de remuneraciones.

SEREMI	2015	2016	2017	2018	2019
Dotación Referentes	5	5	5	20	20
Remuneraciones (M\$ corrientes)	119.252	123.767	126.469	518.192	529.592

En resumen, los aportes estimados de la Subsecretaría de Salud Pública suman en cada año de la evaluación:

APORTES SUBS. DE SALUD PÚBLICA	2015	2016	2017	2018	2019
Remuneraciones (M\$ corrientes)	154.289	177.063	202.151	662.388	701.219
<b>Remuneraciones (M\$ de 2020)</b>	175.752	194.335	217.131	694.561	719.450

## 3. FUENTES EXTRAPRESUPUESTARIAS

Se consideran los aportes extrapresupuestarios de los municipios al programa, en términos de personal dedicado a la implementación de los programas alimentarios en los establecimientos de la red de atención primaria de salud.

Dado que el Ministerio de Salud no cuenta con información respecto de dicho gasto, se realiza una estimación en base a lo que establece la norma técnica respecto del equipo y correspondiente jornada que en teoría debe dedicar a los programas alimentarios en los establecimientos, así como estimaciones de remuneración bruta.

### 3.1 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS

En primer lugar, se determinan los establecimientos que, según los Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud, entregan alimentos en cada año de la evaluación. Cabe observar que para el año 2016, las estadísticas registran 897 establecimientos, lo cual claramente es un error de registro, por lo que, para efectos de la presente estimación, se acordó con el programa el asumir que la cifra 2016 es igual a la del año 2017.

	2015	2016	2017	2018
Establecimientos	1851	1801	1801	1904

Fuente: REM D15 años 2015 a 2018

### 3.2 ENCARGADOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS APS

La norma técnica establece el siguiente indicador de tiempo diario protegido para el nutricionista encargado de los programas alimentarios:

POBLACIÓN INSCRITA EN EL ESTABLECIMIENTO	TIEMPO DIARIO ASIGNADO A LA SUPERVISIÓN
≤ 20.000	1 hora
20.000 a 35.000	1 ½ hora
≥ 35.000	2 horas

No se cuenta con información respecto de qué porcentaje de establecimientos tiene cada tramo de población inscrita, por lo que se asume que todos los establecimientos tienen menos de 20 mil personas inscritas<sup>116</sup>. Por lo tanto, para cada establecimiento, se dedicarían 20 horas de nutricionista al mes en programas alimentarios.

Para determinar la remuneración bruta, se considera la información de ingreso bruto promedio de la página Mi Futuro, del Ministerio de Educación, para un egresado de la carrera de nutrición universitaria al 4° año después del egreso. Este dato, para el año 2018 es de \$910.629 mensuales, o \$954.860, en pesos del año 2020. Se asume el mismo valor en términos reales, para los demás años de la evaluación.

<sup>116</sup> Supuesto utilizado también para la Evaluación del PNAC realizado en 2013 y acordado con el programa.



### 3.3 ENCARGADOS DE DISTRIBUCIÓN

La norma técnica establece el siguiente indicador de tiempo diario asignado al auxiliar paramédico en nutrición o TENS encargado de distribución y bodega de los programas alimentarios:

VALOR FIJO	VALOR VARIABLE SEGÚN POBLACIÓN BENEFICIARIA
1 hora diaria para labor administrativa	1 hora cada 10 beneficiarios inscritos en los programas alimentarios

El número de hora de encargados de distribución se determina por lo tanto, en función del número de establecimientos y del total de beneficiarios PNAC y PACAM, según lo establecido en la Tabla 8 y Tabla 16 del presente informe.

	2015	2016	2017	2018
N° beneficiarios PNAC	734.236	690.668	644.684	643.959
N° beneficiarios PACAM	422.942	429.302	431.898	461.321
<b>Total Beneficiarios PA</b>	<b>1.157.178</b>	<b>1.119.970</b>	<b>1.076.582</b>	<b>1.105.280</b>

Para determinar la remuneración bruta, se considera la información de ingreso bruto promedio de la página Mi Futuro para un egresado de Técnico de Nivel Superior de Enfermería, al 4° año después del egreso. Este dato, para el año 2018 es de \$ 571.139 mensuales, o \$598.880 en pesos del año 2020. Se asume el mismo valor en términos reales, para los demás años de la evaluación.

### 3.4 AUXILIAR DE BODEGA

La norma técnica no establece indicadores para establecer la existencia o no de este cargo, y sólo dice que dependerá de las necesidades y condiciones de cada establecimiento de APS.

Para efectos de la presente estimación, se supone que el cargo existe para un tercio de los establecimientos y que éstos dedican 10 horas mensuales a estas labores.

Se supone una remuneración bruta para 2018 de \$378.000, o \$396.360 en pesos del año 2020, de acuerdo a una revisión realizada en la página de transparencia activa de algunos Cefsam de la Región Metropolitana, Valparaíso y Concepción.

### 3.5 GASTO EN PERSONAL APS

De acuerdo a los supuestos expuestos en las secciones anteriores, se determina el costo en APS Anual, por concepto de Programas Alimentarios (en pesos del año 2020). En base al listado de establecimientos del año 2018, se utilizó información de los Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud, para determinar cuáles eran de dependencia de los Servicios de Salud, llegando a 188 establecimientos, un 9,9% del total. Se utiliza esta proporción para determinar el gasto en personal de establecimientos dependientes de los servicios de salud y de los municipios. Para el año 2019, se asume que se mantiene el gasto del año 2018 en términos reales.

	2015	2016	2017	2018
Establecimientos	1851	1801	1801	1904
Remun. Nutricionista (44 hrs) (M\$)	954,860	954,860	954,860	954,860
Hras mensuales Nutricionista	37.020	36.020	36.020	38.080
Remun. TENS (44 hrs) (M\$)	598,880	598,880	598,880	598,880
Hras mensuales TENS	152.738	148.017	143.678	148.608
N° beneficiarios PA	1.157.178	1.119.970	1.076.582	1.105.280
Remun. Aux Bodega (44 hrs) (M\$)	396,360	396,360	396,360	396,360
N° Aux Bodega	555	540	540	571
Horas mensuales Aux	5550	5400	5400	5710
<b>Costo APS Anual (M\$)</b>	<b>8.796.846</b>	<b>8.534.925</b>	<b>8.357.760</b>	<b>8.701.547</b>
<b>Costo APS de SS (M\$)</b>	<b>868.596</b>	<b>842.734</b>	<b>825.241</b>	<b>859.186</b>
<b>Costo APS municipal (M\$)</b>	<b>7.928.250</b>	<b>7.692.191</b>	<b>7.532.519</b>	<b>7.842.360</b>



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS