Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV1 1 15/06/2010 22:09:42

Nutrición para el Desarrollo
 Claves del éxito del modelo Chile.
 Ministerio de Salud Pública

Inscripción Nº I.S.B.N.:

Diseño y diagramación: Ángela Aguilera A.

Impresión: LOM Ediciones Concha y Toro 25 Santiago de Chile

2 • • • •

NUTRICIÓN PARA EL DESARROLLO El Modelo Chileno



Gobierno de Chile Ministerio de Salud

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV3 3 15/06/2010 22:09:44

Hemos cometido muchos errores y muchas faltas, pero nuestro delito es abandonar a los niños, descuidando la fuente la vida. Muchas de las cosas que necesitamos pueden esperar. El niño no puede. Ahora sus huesos se están formando, su sangre se está criando y sus sentidos se están desarrollando. No podemos responderle "Mañana", su nombre es Hoy.

GABRIELA MISTRAL



Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV5 5 15/06/2010 22:09:45



"El mayor escándalo no es que el hambre exista, sino que persista teniendo los medios para eliminarla. Ha llegado la hora de actuar".

Cumbre Mundial de Dirigentes sobre el Hambre. Nueva York, Naciones Unidas, septiembre 2004.

Libro Nutrición Minsal DEFINITIV7 7

PRESENTACIÓN	11
CAPITULO 1 DESNUTRICIÓN Y SUBDESARROLLO:	
EL CÍRCULO VICIOSO DE LOS PAÍSES POBRES	12
El hambre en el mundo.	14
 La desnutrición se niega a morir. 	16
 La trampa hambre-pobreza. 	18
• Las amenazas de la infancia.	19
 Qué significa para los niños vivir en la pobreza. 	22
Chile en el contexto latinoamericano.	24
CAPÍTULO 2	
LOS ORÍGENES DE UN PROGRAMA ESTATAL	30
• El Patronato Nacional de la Infancia.	32
• Las Gotas de Leche.	33
 La Ley del Seguro Obrero Obligatorio. 	34
 El Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. 	36
 El Consejo Nacional de Alimentación. 	38
• La Ley Madre-Hijo.	38
• El Servicio Nacional de Salud (SNS).	42
El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).	43
CAPÍTULO 3	
DESARROLLO TECNOLÓGICO	46
• El Centro Tecnológico de la Leche.	48
El Comité Proteico Industrial (CPI).	49
 La Campaña del Medio Litro de Leche. 	5(
• La Focalización del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	54
 La Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN). 	55
 El Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN). 	57
PNAC Básico y de Refuerzo	59
El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).	60
 La Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). 	6.
• El Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos (ICYTAL).	61
 La Ampliación de la Cobertura a los Sistemas de Salud Privados. 	63

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV8 8 15/06/2010 22:09:49

UΕ	SNUTRICIÓN EN CHILE	
•	Razones del éxito en la derrota de la desnutrición en Chile.	
•	La intervención del Estado.	
•	La continuidad y transversalidad política.	
•	La Vinculación a la Red Estatal de Consultorios.	
•	Los Aportes Intersectoriales.	
•	La Empresa Privada.	
•	La Disponibilidad del Recurso Leche.	
•	La Integración Institucional.	
•	Un Derecho Adquirido.	
•	Los programas alimentarios en el presente	
	El programa de alimentación complementaria	
	El programa de alimentación complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	
	· · · · · ·	
	ÍTULO 5 NUTRICIÓN DESDE 1990 Y LOS NUEVOS DESAFÍOS EN LA	
LA		
LA PR	NUTRICIÓN DESDE 1990 Y LOS NUEVOS DESAFÍOS EN LA	
LA PR	NUTRICIÓN DESDE 1990 Y LOS NUEVOS DESAFÍOS EN LA EVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	
LA PR	NUTRICIÓN DESDE 1990 Y LOS NUEVOS DESAFÍOS EN LA EVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES	
LA PR	NUTRICIÓN DESDE 1990 Y LOS NUEVOS DESAFÍOS EN LA EVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010.	
LA PR	NUTRICIÓN DESDE 1990 Y LOS NUEVOS DESAFÍOS EN LA EVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. La Evaluación de Objetivos Sanitarios a Mitad de la Década.	

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV9 9 15/06/2010 22:09:49

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV10 10 15/06/2010 22:09:49

Presentación

El libro "Nutrición para el Desarrollo" desde su primera edición, muestra el devenir histórico en Chile de las políticas de alimentación y nutrición iniciadas en la década de los años 40. El rasgo más notable de la estrategia chilena, ha sido la continuidad de las políticas para la derrota de la desnutrición: los gobiernos de todos los sellos, y los políticos de todas las tendencias, han dedicado y ocupado sus esfuerzos a esta tarea común.

Esta segunda edición surge como una necesidad ante la reiterada solicitud, desde nuestro propio país, y de otros en América Latina y El Caribe, que aún sufren el flagelo de la desnutrición. En esta oportunidad se ha actualizado lo que hoy ocurre en la salud de nuestro país y los procesos de modernización de los programas alimentarios del Ministerio de Salud. Agradecemos a Watts que generosamente entregó la autorización para que el Ministerio de Salud pudiera hace una nueva edición.

Hacemos entrega de esta nueva versión, con el convencimiento y la certeza que este libro seguirá siendo un aporte que colabore y contribuya a la generación de intervenciones y herramientas eficaces, para todos aquellos que sienten la importancia del desarrollo infantil temprano como determinante social de salud y equidad.

Recordando las palabras del ex Secretario General de las UN, Sr. Kofi Annan, en el Informe de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, "Cinco Años Después" (Roma junio 2002):

"El hambre es una de las violaciones más execrables de la dignidad humana. En un mundo de abundancia, terminar con el hambre es una tarea que está a nuestro alcance. Todos nosotros deberemos avergonzarnos si no conseguimos este objetivo. Se ha agotado el tiempo de hacer promesas. Ahora es el momento de actuar. Es el momento de hacer lo que llevamos prometiendo desde hace tiempo: eliminar el hambre de la faz de la tierra."

Quiero expresar como Ministerio de Salud el reconocimiento a todos los actores que permitieron que Chile lograra el éxito en la derrota de la desnutrición.

Dra. Liliana Jadue Hund

Subsecretaria de Salud Pública Ministerio de Salud.

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV11 11 15/06/2010 22:09:49

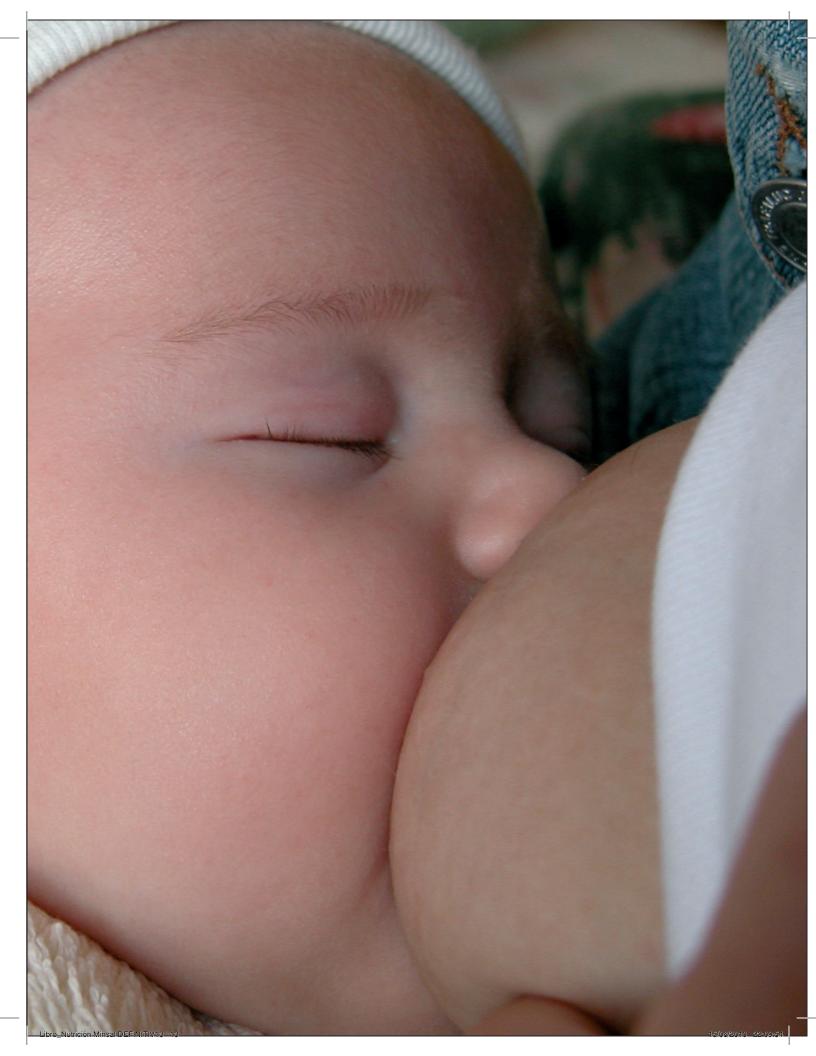


DESNUTRICIÓN Y SUBDESARROLLO:

EL CÍRCULO VICIOSO DE LOS PAÍSES POBRES

"La alimentación es una necesidad básica que permanece insatisfecha en un gran número de niños, quienes quedan incapacitados para desarrollar todo su potencial genético".

Organización Mundial de la Salud Global Database on





EL HAMBRE EN EL MUNDO

Una de las principales preocupaciones de la comunidad internacional, desde la década de los ochenta, ha sido coordinar esfuerzos para integrar a todos los estados a la lucha contra el hambre, la desnutrición y la mortalidad infantil.

En 1996, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) llamó a la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA) y en ella se fijó para el año 2015 la meta de disminuir a la mitad la población con hambre en el planeta, con respecto a los niveles de 1990.

En el año 2000, los Estados miembros de las Naciones Unidas firmaron un nuevo compromiso mundial para el desarrollo cuya expresión política quedó reflejada en la Declaración del Milenio. El objetivo número uno fue "Erradicar la pobreza extrema y el hambre" y la meta "reducir a la mitad, entre 1990 y el 2015 el porcentaje de personas que padece hambre", medido a través del porcentaje de menores de 5 años con desnutrición global y del porcentaje de la población con un consumo de energía por debajo del nivel mínimo recomendado.

A pesar del crecimiento económico, de la globalización, de las relaciones comerciales y de las numerosas iniciativas para abordar los problemas de desnutrición, 1.020 millones de personas padecen subnutrición a escala mundial, la mayor parte de ellos en los países en, cifra que ha aumentado el último decenio.¹

Por esta dura realidad, la Organización de las Naciones Unidas que es la mayor organización de ayuda humanitaria mundial y un poderoso defensor de las personas afectadas por el hambre y la pobreza a todos los niveles en el mundo, desde las instancias comunitarias hasta los gobiernos, dio nacimiento al Programa Mundial de Alimentos (PMA).

En tanto, la FAO, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) han promovido nuevos enfoques y prácticas para ampliar la cobertura de los programas, mejorar las intervenciones y entregar un rol más destacado a las propias comunidades afectadas por el hambre, la desnutrición y sus secuelas de muerte y destrucción.

Estos nuevos enfoques han incorporado visiones más integradoras y menos asistenciales, que transfieren una mayor responsabilidad a los gobiernos de los países afectados, más capacidad de

14 • • • • •

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV14 14 15/06/2010 22:09:55

¹ FAO. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo, 2009.

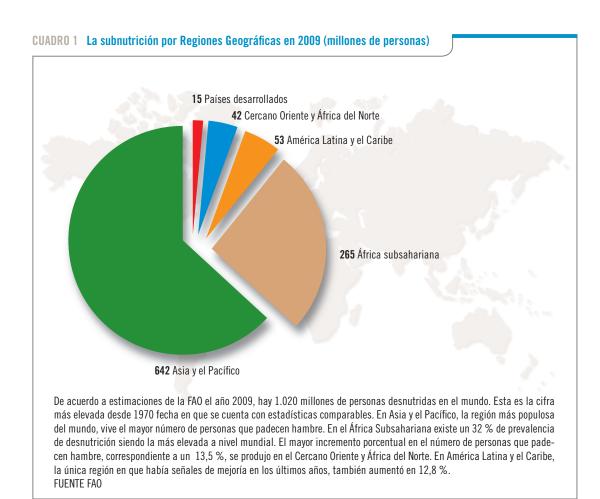
supervisión a la comunidad internacional y un papel activo a los afectados. En este contexto, se ha hecho énfasis, en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989), en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social (1995) y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), el derecho de las personas a tener un ingreso mínimo para una vida digna de la familia.

La FAO celebró en junio de 2002 una reunión mundial con el propósito de examinar el avance realizado para eliminar el hambre en el mundo. Esta reunión llamada "Cumbre Mundial sobre Alimentación: cinco años después", tuvo como fin evaluar el progreso desde la Cumbre de 1996 y someter a consideración formas de acelerar este proceso. Los datos indicaban que el número de

personas desnutridas estaba disminuyendo a un promedio muy por debajo de lo necesario para alcanzar el objetivo de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación.² . La actual crisis económica a nivel mundial, el alza del precio de los alimentos y los cambios climáticos globales, han agravado esta situación ³ (Cuadro 1).

En la "Cumbre Mundial de Dirigentes sobre el Hambre" (2004), impulsada por el gobierno de Brasil y respaldada activamente por Francia y

³ PMA. Serie de Informes sobre el hambre en el mundo. El hambre y los mercados. Earthscan, Reino Unido , 2009



Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV15 15 15/06/2010 22:09:56

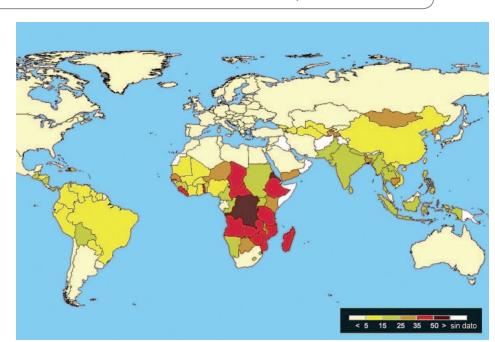
CEPAL. Principales resultados de la Conferencia Mundial sobre Alimentación, 2002.

Chile, que convocó a un centenar de jefes de Estado en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, se declaró: "El mayor escándalo no es que el hambre exista, sino que persista, teniendo los medios para eliminarlo. Es hora de actuar". De esta declaración se deduce que los líderes mundiales tienen la plena convicción de que el problema del hambre en el mundo tiene solución, es decir, que existen los recursos materiales, el conocimiento científico, los medios de transporte y los medios de comunicación necesarios para erradicarlo.

LA DESNUTRICIÓN SE NIEGA A MORIR

Más allá de las múltiples iniciativas en desarrollo y los esfuerzos de la comunidad internacional, la meta para el año 2015, de disminuir a la mitad el hambre en el mundo, está en riesgo.

En 1980 había 15 países con emergencias alimentarias, mientras que en el año 2004 éstos sumaban 35 y en el Reporte de FAO 2006, llegaron a 39: 24 en África, 9 en Asia, 5 en América Latina y 1 en Europa. Las causas más recurren-



CUADRO 2 Atlas Mundial de la Prevalencia de la subnutrición en la población total 2004-2006

Este mapa muestra en 102 países en desarrollo, la prevalencia de la subnutrición en la población total. Utiliza los datos para 2004-2006 basado en la última edición de la publicación "El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo" (2009). Los mayores índices de desnutrición se presentan en países cuyo ingreso per cápita no sobrepasa un dólar diario, como Bangladesh, India, Pakistán o Haití. Paralelamente, las largas sequías o las lluvias torrenciales, junto a los desastres naturales y los conflictos armados, se convierten en un factor crítico en estados como Congo, Namibia, Etiopía o Afganistán, en los cuales el aislamiento y la inestabilidad política son responsables de largos períodos de hambruna y alarmantes índices de desnutrición. Zonas rurales y apartadas de pequeños países oceánicos de Asia, como Islas Cook, se ven en la actualidad fuertemente afectadas por el hambre, la desnutrición y sus enfermedades asociadas, al igual que las del sudeste, como Indonesia, Filipinas y Vietnam. Los países pequeños de América Latina y el Caribe, como Haití, Honduras o Guatemala, junto a Bolivia terminan de conformar el "atlas de la desnutrición" en el mundo.

tes fueron las sequías, los conflictos armados o la combinación de ellos. La duración media de las emergencias alimentarias ha sido de nueve años, y existe una propensión cada vez mayor a encontrar el origen de estas emergencias en causas humanas. Así, es importante ratificar que "las crisis frecuentes y prolongadas causan una subnutrición crónica generalizada" (Cuadro 2).

Los mayores esfuerzos para bajar las tasas de malnutrición estuvieron focalizados, en el primer quinquenio de los años noventa, en China e India, los que lograron rescatar de la subnutrición a 50 millones, y 13 millones de personas, respectivamente. En la segunda mitad de la década de los noventa, las personas crónicamente hambrientas en los países en desarrollo aumentaron a un ritmo de casi 4 millones al año.

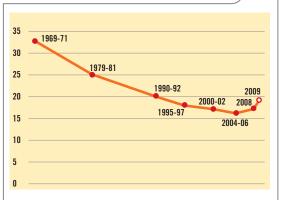
La proporción de personas subnutridas en los países en desarrollo alcanzaba al 20% en los años 1990-1992, bajó al 17% en el 2001 a 2003 y para el 2009 nuevamente se acerca al 20% ⁴ (Cuadro 3).

Una forma de caracterizar a la población que sufre hambre ha sido también considerar su nivel de ingresos y actividad económica. Según ésta, el 50% de la población hambrienta está constituida por pequeños agricultores, 20% son campesinos sin tierra, otro 20% corresponde a población pobre de zonas urbanas y el 10% restante, a pastores, pescadores y recolectores.

La lucha contra el hambre no es un camino ascendente y sin retrocesos, sino que sigue siendo una tarea que requiere de grandes compromisos y estabilidad en las decisiones. El éxito está directamente asociado con las fortalezas de los estados, sus modelos de desarrollo y la estabilidad de sus políticas públicas.

A pesar de la lentitud del avance, el Director Ge-





En las décadas de 1970 y 1980 disminuyó el número de personas subnutridas a pesar de que en el mismo periodo hubo un crecimiento relativamente rápido de la población, sin embargo, la proporción de personas subnutridas en los países en desarrollo disminuía bastante rápidamente. Durante la década de 1990 y la década actual, el número de personas subnutridas ha aumentado, aunque ha habido un crecimiento más lento de la población, aumentando la proporción de personas subnutridas en el 2008. La crisis alimentaria de 2006-08, y la crisis económica del 2009, ha privado a 100 millones de personas más de acceso a una alimentación adecuada. Se estima que el 2009 más de mil millones de personas están subnutridas. Fuente: FAO

neral de la FAO, en el prólogo del Informe 2006, considera que la meta para el 2015 se puede lograr "siempre y cuando se emprendan y se intensifiquen inmediatamente acciones concretas y concertadas de acuerdo con el Plan de Acción de la CMA. Hoy en día estamos seguros de que todavía se puede ganar la carrera contra el hambre, pero sólo si están disponibles los recursos, la voluntad política y las políticas correctas necesarias". El logro del objetivo de la CMA exige por lo tanto "una fuerte aceleración de la tasa de reducción de la proporción de personas subnutridas en los países en desarrollo".

FAO. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo, 2009

LA TRAMPA HAMBRE-POBREZA

El hambre es una consecuencia y una causa de la pobreza ya que el hambre afecta negativamente a la salud, la productividad laboral y las preferencias de inversión, perpetuando la pobreza. Por esto la reducción del hambre es especialmente difícil para los países caracterizados tradicionalmente por niveles de prevalencia del hambre muy altos, consumo de alimentos muy bajo (inferior a 2.200 kcal/persona/día en 1999-2001), escasas perspectivas de crecimiento económico, altas tasas de crecimiento de la población y una base de recursos agrícolas limitada⁴.

Existen 32 países con tasas de subnutrición que varían entre el 29 y el 72 por ciento de la población y con una prevalencia del hambre del 42 por ciento como promedio. Las proyecciones para el 2050 indican que la población actual de 580 millones de personas en esta categoría, aumentará a 1.390 millones. Varios de estos países, a pesar de tener resultados mediocres en el cumplimiento de los avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, podrían conseguir mejorías significativas si dieran prioridad al desarrollo de la producción local de alimentos.

Un examen detenido de las tendencias de la pobreza y la subnutrición correspondientes a los países en desarrollo revela que la pobreza ha tendido a disminuir más rápidamente que la subnutrición. Las proyecciones del Banco Mundial y de la FAO basadas en estos indicadores apuntan a que esta tendencia se mantendrá.

Esto indica que la reducción de la pobreza no beneficia proporcionalmente a las personas pobres que también están subnutridas. El hambre en sí constituye lo que se denomina una "trampa de pobreza". El hambre es no sólo una consecuencia de la pobreza, sino también una de sus causas, y que pone en peligro el potencial productivo de personas, familias y naciones enteras.

La FAO habla del "doble componente" como un enfoque comprobado y eficaz para la reducción del hambre en sectores rurales. Este enfoque actúa directamente contra el hambre y da, al mismo tiempo, una atención al desarrollo agrícola y rural. Es importante tener en cuenta que el 70% de los pobres en los países en desarrollo vive en zonas rurales.

Los países que han dado especial importancia al desarrollo agrícola y rural han logrado reducir el hambre y con ello "no sólo han experimentado un crecimiento económico general más rápido, sino que además, han conseguido mayores ganancias en la productividad agrícola". Las inversiones en la economía rural, constituyen a menudo un requisito previo para una reducción acelerada del hambre. El sector agrícola tiende a ser el motor de crecimiento para las economías rurales en su conjunto. Los incrementos de la producción agrícola basados en la productividad pueden hacer aumentar la oferta de alimentos y reducir su precio en los mercados locales, incrementar los ingresos agrícolas y mejorar la economía local en su conjunto, creando una demanda para los bienes y servicios producidos en el país.

- Los factores determinantes de los avances o retrocesos en la reducción del hambre son de diverso origen. Entre ellos destacan:
- El escaso desarrollo económico debido a la falta de políticas e infraestructura de apoyo y la quiebra de las redes de seguridad social a raíz de la debilidad de los sistemas económicos y políticos existentes.
- El crecimiento económico insatisfactorio unido a una baja en la producción agrícola y, especialmente, alimentaria.
- La gran desigualdad de ingresos, que refleja un acceso desigual a los bienes de producción. La desigualdad produce una distribución irregular de los beneficios del crecimiento económico y actúa como freno a la reducción de la pobreza.
- Las catástrofes de origen humano, como guerras, conflictos e inestabilidad política y económica con los problemas consiguientes de refugiados y personas desplazadas.

[8 • • • •



Las emergencias alimentarias producto de condiciones climáticas adversas como las sequías, las inundaciones, otras catástrofes naturales y desastres provocados por el hombre. La FAO considera que la proporción de emergencias alimentarias provocadas por el hombre ha aumentado.

LAS AMENAZAS DE LA INFANCIA

La declaración de la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, fue una ocasión sin precedentes en la historia de la humanidad. Su posterior ratificación por todos los países del mundo, excepto dos, es un extraordinario testimonio de la visión universal compartida por todos sobre lo que debe ser la infancia.

Sin embargo, la infancia sigue amenazada. La poderosa visión de los derechos de la infancia que se consagró en la Convención contrasta en forma descarnada con la infancia real de la mayoría de los niños y niñas del mundo. Alrededor de 29.000 menores de cinco años mueren todos los días debido a causas que se podrían evitar fácilmente, como la deshidratación diarreica, las infecciones agudas de las vías respiratorias, el sarampión y el paludismo. Las vidas de 1.000 millones de niños y niñas están arruinadas por la pobreza, a pesar de la riqueza de las naciones.

La pobreza, los conflictos armados y el VIH-SIDA, como lo declara UNICEF, son las tres principales amenazas de la infancia. Resulta preocupante que en varias regiones y países, algunos de los avances en el cumplimiento de los derechos de la infancia de las últimas décadas, parecen estar en peligro de retroceso debido a estas tres amenazas. La desnutrición y el hambre van finamente entrelazadas con las otras amenazas.

La pobreza es la causa fundamental de las tasas elevadas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Mil millones de niños y niñas -más de la mitad de los niños y las niñas de los países en desarrollo- no pueden disfrutar de sus derechos debido a que carecen de, por lo menos, uno de los bienes o servicios básicos que les permitirían sobrevivir, desarrollarse y prosperar. En el mundo en desarrollo, más de uno de cada tres niños no dispone de una vivienda adecuada, uno de cada cinco niños no tiene acceso al agua potable, y uno de cada siete carece de acceso a servicios esenciales de salud. El 16,1% de los menores de cinco años no recibe una nutrición adecuada y un 13% de todos los niños no ha acudido nunca a la escuela.

En septiembre del año 2000 la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio "exhortó a los países a reducir en dos terceras partes la

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV19 19 15/06/2010 22:10:04

CUADRO 4 Desnutrición y mortalidad Infantil

Si bien en la tasa de mortalidad infantil de cada país influye, además de la desnutrición, una serie de otros indicadores (como las condiciones de acceso a atención médica, agua potable y servicios sanitarios), este índice resulta un buen indicador para medir el grado de avance de las políticas globales de salud y de protección de la infancia. Tiene, además, la ventaja que se encuentra desvinculado de los promedios estadísticos, como PIB o ingreso per cápita, los que suelen distorsionar las lecturas sobre la desigualdad.

En su informe de 2005 sobre el Estado Mundial de la Infancia, el Unicef entregó una nómina con los datos de 195 países (la Organización de Naciones Unidas tiene 191 estados miembros, y en el mundo se reconocen 247 naciones), conformando una clasificación, en orden descendente, de acuerdo con el índice TMM5: Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años.

Los datos demuestran que las variaciones entre países son enormes. Mientras en Sierra Leona, en África, mueren antes de los cumplir los cinco años unos 284 niños de cada mil nacidos vivos, en Suecia, el de menor índice, mueren apenas tres de cada mil que nacen.

El "ranking" de países con más altos índices de mortalidad infan-

til lo encabezan, además de la mencionada Sierra Leona, Níger (262 por mil), Angola (260), Afganistán (257) y Liberia (235). Los últimos cinco del escalafón, es decir, los que presentan mejores tasas, son Noruega, Eslovenia y España (todos con una TMM5 de 4 por mil), seguido de Singapur y Suecia (ambos con 3). El primer país de América que aparece en la lista es Haití, con un 118 por mil, seguido de Guyana y Bolivia, con un índice de 69 y 66 por mil, respectivamente. Les siguen los países de América Central Guatemala, Honduras, Bélice, Nicaragua y El Salvador, con tasas de mortalidad infantil entre 47 y 37. Para el Cono Sur, la lista la encabezan Brasil (35), Perú (34), Paraguay (29) y Ecuador (27). Los mejores índices los ostenta Cuba, que ocupa el lugar 153, con una TMM5 de 8 por mil, igualando a Estados Unidos, siendo sobrepasado sólo por Canadá en todo el continente. (6).

Aunque es distante de las tasas de los países industrializados o desarrollados económicamente, las cifras ubican a Chile en el puesto 150 del ranking, (9 niños muertos por mil nacidos vivos), seguido de cerca por Costa Rica, Uruguay y Jamaica.

Cuba y Chile son la excepción en una lista donde los mejores índices los ostentan las naciones desarrolladas de Europa occidental, tales como Reino Unido, Dinamarca, Francia, Italia, Suiza y Alemania.

RITMO DE PROGRESO EN LOS ÍNDICES DE MORTALIDAD INFANTIL EN AMÉRICA LATINA

Países y Territorios	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2003	Tasa media anual de reduc- ción 1990-2003	Reducción desde 1990 %
Argentina	120	20	2,6	29
Belice	79	39	1,8	20
Bolivia	65	66	4,6	45
Brasil	90	35	4,1	42
Chile	150	9	5,7	53
Colombia	115	21	4,1	42
Costa Rica	149	10	4,1	41
Cuba	153	8	3,7	38
Ecuador	102	27	5,7	53
El Salvador	88	36	3,9	40
Guatemala	74	47	4,3	43
Haití	39	118	1,8	21
Honduras	76	41	2,8	31
Jamaica	120	20	0,0	0
México	99	28	3,8	39
Nicaragua	85	38	4,5	44
Panamá	106	24	2,7	29
Perú	93	34	6,6	58
R. Dominicana	90	35	4,8	46
Uruguay	138	14	4,1	42
Venezuela	115	21	1,9	22
América Latina y el Caribe		32	4,0	41
Países en desarrollo		87	1,4	17

De acuerdo al índice de mortalidad de menores de 5 años, Chile se ubica justo sobre Costa Rica, que posee una tasa de mortalidad infantil de 10 por mil, pero debajo de Cuba, que está en el lugar 153, con una tasa de 8 por mil. En América del Sur, Uruguay está en el lugar 138, con una TMM5 de 14 por mil. Haití es el peor ubicado de América Latina, en el lugar 39, con una tasa de 118 por cada mil nacidos vivos. Le siguen Bolivia, con una tasa de 66 por mil (lugar 65) y Guatemala, en el lugar 74, con una tasa de 47 por mil.

Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia, Informe 2005.

tasa de mortalidad de los menores de cinco años entre 1990 y 2015. "Según UNICEF 2006, de los 98 países que sufren un "retraso importante" en el cumplimiento del objetivo, 45 están reduciendo la mortalidad de menores de cinco años a una tasa media anual de menos de uno por ciento. La gran mayoría de estos países -entre los que están Afganistán, Angola, Camboya, Georgia y Rwanda- sufre una o más de las tres principales amenazas a la infancia: altas tasas de pobreza, conflictos armados y el VIH-SIDA"5. En estos casos, el estado nutricional juega un rol fundamental, que termina normalmente por complejizar aún más la solución al problema, y dificultar progresivamente el control de la amenaza. Aún cuando la situación en América Latina es más favorable, muchos países presentan altas tasas de mortalidad del niño menor de 5 años y el ritmo de descenso ha sido menor del esperado (Cuadro 4).

"En un nuevo enfoque para caracterizar los problemas de desnutrición y mortalidad infantil, UNICEF incorporó el concepto de "privación grave" como una negación del derecho de los niños y niñas a acceder a los bienes y servicios esenciales, y que tiene profundas consecuencias en su desarrollo".

La noción de pobreza según este concepto articula diversas variables y no sólo los niveles de ingreso familiar. Los indicadores específicos para cuantificar la pobreza infantil se constituyen, según las condiciones del entorno.

La "privación grave" considera: la nutrición, el tipo y distancia de la fuente de agua potable, las condiciones de saneamiento o acceso a letrinas, la atención de salud (considerando sólo vacunación y atención por diarreas), las condiciones de vivienda (niños que comparten habitación con cinco o más personas), el acceso a la educación (niños entre 7 y 18 años que nunca han asistido a la escuela), y el acceso a la información (televisión, radio, teléfono o periódico).



La "privación grave" de nutrición se define como el caso de aquellos niños "cuya altura y peso, en proporción con la edad, muestran más de tres desviaciones respecto del percentil medio de la población internacional de referencia". Según este criterio, la "privación grave" de nutrición alcanza a un 16,1% de los menores de 5 años en los países en desarrollo.

De los 90 millones de niños en estas condiciones, cerca de la mitad vive en Asia Meridional. Según UNICEF, muchos de estos niños están débiles, son vulnerables a enfermedades, padecen anemia, la mayoría tiene bajo peso al nacer, y muchos de ellos tendrán problemas de aprendizaje, si alguna vez acuden a la escuela.

Considerada en forma integral la "privación grave", UNICEF señala que son más de mil millones de niños y niñas (más de la mitad de toda la población infantil de los países en desarrollo) los que están sufriendo al menos una de estas condiciones. "De manera simbiótica, las desventa-

FAO. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo, 2006

jas se superponen y refuerzan mutuamente". Es evidente que la nutrición deficiente los hace más propensos a las enfermedades y la diarrea. A su vez, la falta de salud incrementa el daño de las enfermedades, repercutiendo en el peso corporal y el sistema inmunológico. Esto conlleva un previsible efecto negativo en el rendimiento escolar. Además, 700 millones de niños sufre dos o más formas de privación grave.

La privación grave entre los niños no afecta solamente a los países de bajos ingresos. Éstos como promedio suelen tener tasas más elevadas de privación que los países de medianos ingresos. Sin embargo, "un número considerable de niños y niñas de los países de medianos ingresos están todavía expuestos a graves privaciones. Por ejemplo, mientras los niveles de privación de China y Colombia son prácticamente los mismos, el ingreso per cápita es bastante más elevado en este último país. A la inversa, aunque Colombia y Namibia tienen niveles similares de ingreso per cápita, sus niveles de privación difieren de manera considerable. El nivel de privación de Namibia es similar al de Togo, un país bastante más pobre".6

QUÉ SIGNIFICA PARA LOS NIÑOS VIVIR EN LA POBREZA

A fin de mejorar las estrategias de reducción de la pobreza, el Estado Mundial de la Infancia de 2005 propone la siguiente definición de los niños y las niñas en la pobreza:

"Los niños y las niñas que viven en la pobreza sufren una privación de los recursos materiales, espirituales y emocionales necesarios para sobrevivir, desarrollarse y prosperar, lo que les impide disfrutar de sus derechos, alcanzar su pleno potencial y participar como miembros en pie de igualdad en la sociedad".

Esta definición indica la mutua relación de la

pobreza que los niños y las niñas experimentan con sus manos, mentes y corazones. Por ejemplo, la pobreza material que al comenzar el día implica carencia de un alimento nutritivo o la obligación de realizar trabajos peligrosos dificulta la capacidad cognoscitiva y el crecimiento físico. Vivir en un entorno que ofrece pocos estímulos o un escaso apoyo emocional a la infancia, deriva en aspectos formativos negativos. Al menoscabar su potencial se discrimina contra su participación en la sociedad lo que no solamente provoca el sufrimiento entre los niños y las niñas, sino que también les resta poder.

La pobreza tiene muchos rostros y numerosas dimensiones. Amenaza todos los aspectos de la infancia al privar a niños y niñas de las capacidades que necesitan para sobrevivir, desarrollarse y avanzar en la vida. Consolida o amplía las disparidades sociales, económicas y de género que impiden a los niños y niñas disfrutar de las mismas oportunidades y menoscabar el entorno protector de la familia y la comunidad, dejando a los niños y niñas vulnerables a la explotación, los malos tratos, la violencia, la discriminación y la estigmatización. La pobreza inhibe la capacidad de las familias y las comunidades de ocuparse de sus hijos.

La pobreza en la infancia es una causa fundamental de la pobreza en la edad adulta. Los niños y las niñas pobres se convierten a menudo en progenitores también pobres que a su vez crían a sus propios hijos en la pobreza. A fin de romper el ciclo generacional, la reducción de la pobreza debe comenzar por la niñez.

"Reducir la pobreza infantil significa respetar el derecho de la infancia a recibir los bienes y los servicios necesarios para su supervivencia, su crecimiento normal y su desarrollo. También significa mejorar las oportunidades de los niños y las niñas para participar en la sociedad. Si no se respetan primero los derechos de los niños y las niñas a la supervivencia, la salud y la educación; si no se proporcionan bienes y servicios esenciales como el acceso al agua potable o a

⁶ UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, 2007.

una nutrición adecuada, es imposible hablar de igualdad de oportunidades".

La pobreza incluye la privación de bienes y servicios básicos y la privación de otros derechos humanos fundamentales –como el descanso y la recreación, y la protección contra la violencia y los conflictos- que amplían las opciones de las personas y les permiten alcanzar su potencial. Los niños y las niñas experimentan la pobreza como un entorno que perjudica su desarrollo mental, físico, emocional y espiritual, por lo que es importante ampliar la definición de pobreza infantil más allá de conceptos tradicionales como bajos ingresos de las familias o bajos niveles de consumo.

UNICEF ha planteado desde hace mucho tiempo que los niños y las niñas son los más afectados por la pobreza. Debido a que el comienzo en la vida es fundamental para el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, la pobreza en la primera infancia puede llegar a ser un obstáculo para toda la vida.

Los países en desarrollo suelen tener una elevada población infantil y las familias de bajos ingresos procrean por lo general más niños y niñas que las familias más ricas, lo que hace que los niños y las niñas formen una parte desproporcionada de los grupos más pobres.

La Convención sobre los Derechos del Niño estableció con claridad que es obligación de los gobiernos y de los progenitores proporcionar el entorno protector necesario para asegurar que todos los niños y las niñas vivan una infancia segura y con dignidad. A millones de niños y niñas en todo el mundo se les deniega esta protección. (Cuadro 5)⁷

CUADRO 5

Derechos fundamentales de los que se priva a los niños



Supervivencia: La pobreza afecta a la infancia de la manera más grave de todas: atentando contra el derecho a la supervivencia. La inquietud fundamental de los organismos internacionales de desarrollo — salvar vidas de recién nacidos y preservar la salud de la madre y del niño- sigue siendo una prioridad de UNICEF. "Uno de cada seis niños nacidos en países menos adelantados muere antes de cumplir cinco años, frente a uno de cada 167 en los países ricos. Como promedio, un niño procedente del 20% más pobre de la población de un país en desarrollo tiene el doble de posibilidades de morir antes de cumplir cinco años que un niño del 20% más rico". Las zonas más depauperadas —normalmente las rurales- tienen malas o mínimas instalaciones de atención de la salud y pocos medios para transportar a las personas a lugares donde pueden recibir asistencia médica.

Salud y nutrición: La pobreza afecta a la infancia exponiendo a millones de niños a enfermedades que podrían evitarse o curarse por medio de medicinas y vacunas de bajo costo. "Dos millones de niños menores de cinco años mueren todos los años por no estar vacunados contra las enfermedades más comunes. Aproximadamente 7 de cada 10 muertes que acaecen entre niños menores de cinco años en países en desarrollo pueden atribuirse a unas cuantas causas principales: infecciones agudas de las vías respiratorias, diarrea, sarampión o paludismo. La desnutrición origina la mitad de estas muertes". Las carencias de micronutrientes inciden en que un niño que tiene carencia de vitamina A, por ejemplo, corre un peligro de muerte un 25% mayor que otro que no la tiene. La desnutrición en la primera infancia puede causar retraso en el crecimiento o discapacidad, y afectar el desarrollo cerebral del niño y sus capacidades de aprendizaje, reduciendo su aptitud para lograr conocimientos que son esenciales para sus posibilidades de prosperar en la vida. La falta de acceso a agua potable y a

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV23 23 15/06/2010 22:10:20

UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. La Infancia Amenazada.
 2005

saneamiento adecuado ayuda a propagar enfermedades, agrava la desnutrición y debilita la salud.

Educación: "Más de 121 millones de niños en edad de cursar estudios primarios están desescolarizados". Todos ellos están privados de su derecho a la educación producto de la pobreza, ya sea porque sus familias no pueden costear los gastos escolares, o porque los escasos recursos nacionales impiden contar con instalaciones escolares necesarias, o porque deben trabajar. Las niñas, que son generalmente las primeras a las que se retira de la escuela en épocas de dificultades económicas, constituyen la mayoría de este grupo. Aún cuando las niñas consigan matricularse, su rendimiento puede ser inferior debido a los indelebles estereotipos de género o con frecuencia no pueden asistir a clase por labores en el hogar.

Participación: Los niños y niñas que no tienen acceso a servicios de atención de salud, educación y seguridad también carecen de la capacidad para adoptar decisiones en la familia y la comunidad. Los proyectos de desarrollo nacional e internacional frecuentemente describen a los niños como receptores de caridad. Ellos no son participantes activos en la formación de su propio futuro, y frecuentemente no pueden incorporar sus opiniones a las estrategias en su beneficio. De la misma manera que la pobreza silencia a los niños, la reducción de la pobreza puede darles voz, como por ejemplo, Honduras y Vietnam, en que consultas patrocinadas por Save the Children han permitido a niños y jóvenes realizar contribuciones valiosas a las políticas formuladas por adultos, entre ellas los Documentos de Estrategia para la Reducción de la Pobreza.

Protección: La pobreza no sólo es una amenaza para las vidas de los niños, sino también aumenta su vulnerabilidad frente a otros peligros, como situaciones de violencia o de explotación, trabajos infantiles peligrosos y la trata de niños y niñas. "Los depredadores que venden niños como esclavos o para que sean explotados sexualmente o para que participen en conflictos armados no buscan a sus presas en barrios adinerados; las reclutan en las barriadas más pobres o en las zonas rurales más deprimidas, en las que la pobreza lacerante puede multiplicar la vulnerabilidad de los niños ante los abusos y la desprotección".



Fuente UNICEF

CHILE EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

Según el Reporte FAO 2004, la inseguridad alimentaria en Chile disminuyó desde un millón 100 mil personas en el período 1990-1992, a 700 mil entre 1995-1997, y a 600 mil en el trienio 2000-2003.

En el período 2001-2003, los países de América del Sur con mayor número de personas viviendo en condiciones de subnutrición fueron Brasil, con catorce millones cuatrocientos mil; Colombia, con cinco millones novecientos mil, y México, con cinco millones cien mil. Los países con mayor proporción de personas subnutridas sobre el total de la población eran Haití, con 47%; Nicaragua, con 27%; República Dominicana, con 27%, Panamá con 25% y Bolivia, con un 23%.8 La crisis económica actual, el alza del precio de los alimentos y los desastres naturales, sin duda han agravado esta situación. Sin embargo, existe limitada información reciente para evaluar la tendencia actual, pero que en general muestra un aumento significativo del hambre y subnutrición

Con relación a mortalidad en menores de cinco años, (TMM5) en un ranking decreciente entre 189 países, Chile ocupa el lugar 148, con una tasa de mortalidad de 9 por mil nacidos vivos, situándose muy por debajo de la media de latinoamericana (26 por mil nacidos vivos). Sólo Cuba tiene una mejor ubicación que Chile, con una tasa de 7 por mil⁹.

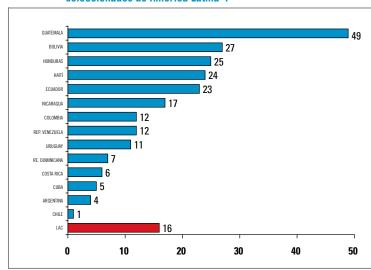
Una situación igualmente favorable se observa respecto a la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, evaluada por un déficit de talla para la edad, aunque las comparaciones son difíciles, pues no todos los países mantienen estadísticas actualizadas. Actualmente la media para la Latinoamérica es de 16%, valor que en Chile es un 90% inferior (Cuadro 6) 10.

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV24 24 15/06/2010 22:10:47

⁸ FAO. El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación. 2006.

⁹ UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, 2009

CUADRO 6 Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años en países seleccionados de América Latina*.



* Relación talla-edad < 2 DE según referencia NCHS/OMS.

Fuente: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia, 2009

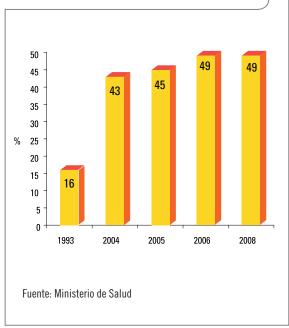
CUADRO 7 Estado Nutricional en Menores de 6 años en Chile

	1990 Sempé	1994 NCHS	2002 NCHS	2004 NCHS	2008 OMS
Desnutrición	7,4%	0,7%	0,5%	0,5%	0,3%
Riesgo de desnutrición		3,4%	3,1%	3,2%	2,4%
Normales	92,6%	74,4%	73%	73,9%	65,8
Sobrepeso		15,7%	15%	15%	22,1%
Obesidad		5,9%	7,4%	7,4%	9,4%

Chile, a partir del año 2007 implementó la Nueva Curva de Crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, de esta forma se aplica el mejor estándar disponible para evaluar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 6 años. Para el año 2008, se mantiene una prevalencia muy baja de déficit nutricional en el país (2,4% de riesgo y 0,3% de desnutrición), con una estabilización en las cifras en los últimos tres años. Sin embargo, la obesidad se ha convertido en el principal problema nutricional en este grupo alcanzando casi al 10% de los menores de 6 años. A ello se agrega un 22,1% de niños con sobrepeso, lo que indica que uno de cada tres niños tiene un peso sobre el rango normal. Producto de la aplicación de la curva OMS, más exigente que la anterior, la obesidad se incremento entre los años 2006-2007, en dos puntos porcentuales.



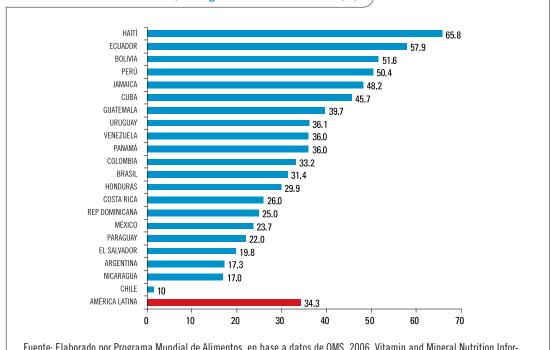
CUADRO 8 Lactancia materna exclusiva al 6º mes (%)



También es importante destacar que en Chile los menores de 5 años que padecen insuficiencia ponderal moderada y grave, constituyen menos del uno por ciento de la población, una de las más bajas del mundo. (Cuadro 7).

Chile ha tenido una sostenida baja en el número de personas con desnutrición desde fines de la década de los 60. El Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud realiza dos censos anuales y mantiene las series históricas. El cuadro 7 muestra el Diagnóstico Nutricional Integrado de la población menor de 6 años a diciembre 2006. La tasa de desnutrición se ha logrado mantener bajo el 1% desde hace ya más de 10 años y han aumentado también significativamente desde 1994 las cifras de malnutrición por exceso en la población infantil, llegando a estabilizarse en torno al 9%. (Cuadro 7).

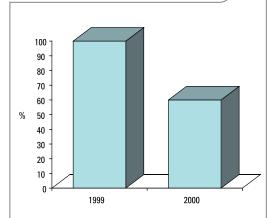
CUADRO 9 Prevalencia de Anemia (HB<11g/dl en menores dde 5 años (%)



Fuente: Elaborado por Programa Mundial de Alimentos, en base a datos de OMS, 2006. Vitamin and Mineral Nutrition Information System, VMNIS y Últimas Encuestas Nacionales: BOL, CHI, COL, CR, ECU, ELS, GUA, PAR y VEN.

26 • • • •





Hace 30 años se fortifica con hierro, tiamina, riboflabina y niacina. El año 2000 se agrega ácido fólico, medida que previene las malformaciones del tubo neural. Resultados: 150 niños anualmente no van a presentar espina bífida al nacer.

Fuente: Freire WB, Hertrampf E, Cortés F. Effect of folic acid fortification in Chile: preliminary results. Eur J. Pediatr Surg. 2000; 10 Suppl 1:42- of

Otro indicador determinante del estado nutricional en niños, es el porcentaje de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. En Chile, el 49% de los lactantes recibe lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, cifra que se destaca en un ranking mundial, con un incremento superior al 200% en los últimos 18 años (Cuadro 8).

Otro aspecto relevante de destacar en el estado nutricional de los chilenos es la cobertura del consumo de sal yodada, pues la carencia de yodo es la principal causa mundial de lesión cerebral y de retraso mental, situaciones evitables, según la FAO.

Dentro de la malnutrición de micronutrientes la anemia por déficit de hierro., es muy relevante, en casi todo el mundo. En Chile, esta carencia en la población infantil cayó desde un 33% a 10% en los últimos años, gracias a dife-

rentes estrategias de fortificación de alimentos y programas de suplementación, muy por debajo del promedio regional (Cuadro 9). En el resto de la población, la anemia dejó de constituir un problema de salud pública, por la fortificación de las harinas y la mejoría del acceso a los alimentos. La fortificación de las harinas con ácido fólico, produjo una caída de las malformaciones del tubo neural en un 40% a partir del año 2000 (Cuadro 10).

Evaluando el desempeño de Chile en relación con los países de similar Producto Interno Bruto, en la clasificación de países en desarrollo, se sitúa con un desempeño superior a la media.

Uno de los argumentos que la ONU ha desarrollado para priorizar el cumplimiento de las Metas del Milenio por parte de los gobiernos de países desarrollados y de los receptores de ayuda, ha sido estimar los costos del desastre humanitario que representa la desnutrición en el mundo.

Al respecto, el Reporte FAO 2004 indica que existen "estudios que sugieren que cada dólar invertido en intervenciones para reducir la inseguridad alimentaria y las carencias de micronutrientes, con objetivos bien definidos, puede retornar con beneficios entre cinco y veinte veces por encima de dicha inversión".

Este diagnóstico precisa considerar los nuevos componentes del problema alimentario, en un contexto de globalización de los mercados, de interrelación de las culturas y de una urbanización exacerbada.

La tendencia en los países en desarrollo hacia una concentración de la población en zonas urbanas, una reducción en los costos de los alimentos procesados, una masificación del consumo de comidas "al paso", y un incremento en la densidad calórica del alimento, generan pautas de consumo más homogéneas. Se agrega a lo anterior un menor número de cereales básicos de consumo masivo (fundamentalmente arroz y trigo) y una mayor integración de carnes, aceites comestibles, sal y azúcar, reduciéndose la fibra dietética.

CUADRO 11 Metas del milenio para Chile. Objetivo erradicar la pobreza extrema y el hambre.



Indicadores Mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	Meta 2015
Meta 1			
Porcentaje de la población cuyos ingresos son inferiores a un dólar por día (PPA).	3,5%	2,3%	1,7%
2. Coeficiente de la brecha de la pobreza a un dólar por día (incidencia por profundidad)	1,41	0,69	0,70
3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población ¹ .	4,4%	4,3%	4,6%
Meta 2			
4. Porcentaje de niños menores de 6 años con desnutrición².	0,7%*	0,5%	0,5%
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.	8,0%	4,0%	4,0%

- Este indicador se calcula para el quintil de ingreso autónomo de hogares más pobres y corresponde a la participación de este quintil en el ingreso monetario total.
- Este indicador reemplaza al porcentaje de niños menores de 6 años con insuficiencia ponderal corresponde al porcentaje de niños(as) menores de 6 años con desnutrición, medido según diagnóstico nutricional integrado.
- * El dato corresponde a la cifra de 1994, fecha en que el Ministerio de Salud cambió el patrón de comparación SEMPE por el de NCHS.

Fuentes: 1, 2 y 3 Cálculo sobre la base de Encuesta CASEN, años respectivos; 4 Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL; 5 FAO.

Indicadores Adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	Meta 2015
Meta 1			
1. Que la familia Chile Solidario cuente con ingresos superiores a la línea de indigencia	26,7% a	≥70%	
2. Que al menos un miembro adulto de la familia Chile Solidario trabaje de forma regular y tenga una remuneración estable.	-	34,4% ^a	≥70%
Meta 2			
3. Tasa de obesidad en menores de 6 años	6,2% b	7,2%	6,0%

- Corresponde a la proporción de familias con la condición 'cumplida antes' y 'cumplida durante' en la Etapa I de Apoyo Psicosocial sobre el universo de 225.073 familias (datos al 31 de enero de 2005).
- b Corresponde a información del año 1996. Fuentes: Indicadores 1 y 2 Base de Datos Familias Chile Solidario 31 de enero 2005 - División Social, MIDEPLAN; Indicador 3 Departamento Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

Tal como se aprecia en la tabla, la meta respecto al hambre fijada en la Declaración del Milenio se encuentra cumplida en Chile 15 años antes del plazo estipulado. Ello significa para el país, además de mantener sus esfuerzos, definir metas adicionales que tiendan a la erradicación definitiva del hambre del territorio nacional, es decir, reducir la desnutrición infantil a niveles inferiores a 1%, no sólo para el total de la población sino también para los niños del 20% más pobre de la población. Esto supone identificar quiénes son y dónde están, quiénes conforman esos grupos y desarrollar programas de ayuda focalizados en ellos.

El desafío es perfectamente posible, especialmente si se considera que lo importante es la reducción de la desnutrición primaria, es decir, aquella producida por un aporte deficitario de nutrientes por la situación económica, cultural y/o educativa.

La desnutrición secundaria, aquella que se produce cuando los aportes nutricionales son adecuados, pero, debido a una enfermedad, la absorción y/o la utilización de los alimentos, no es adecuada, alcanzó en el año 2002 apenas al 0,1% de los niños controlados por los Servicios de Salud Pública del país.

Uno de los desafíos principales es, por lo tanto, mejorar la condición de desnutrición primaria de manera que no alcance a superar el 1% de los niños y niñas*. En este contexto, para Chile puede plantearse al menos un indicador complementario a la Meta:

- Reducir la tasa de obesidad en menores de 6 años a cifras cercanas al 6%.

Entre las condicionantes necesarias para cumplir estas metas se encuentra el llevar a cabo en todo el país los programas proyectados en los temas de estrategia de intervención, prevención y promoción de salud, con especial énfasis en estilos de vida saludable, alimentación y actividad física. Estos proyectos incorporan la estrategia de intervención nutricional a través del ciclo vital, promoción de lactancia materna aumentando el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, cambios en los programas alimentarios, actualización de las normas de manejo de malnutrición a las distintas edades, capacitación de los equipos profesionales, reglamentación del etiquetado nutricional obligatorio en el reglamento sanitario de los alimentos, trabajo intersectorial en temas alimentarios (JUNJI, INTEGRA y JUNAEB), entre otros.

* De acuerdo a los datos aportados por el UNICEF en su Informe Mundial de la Infancia de 1993 y 2003, la desnutrición moderada-grave entre los menores de 5 años fue de 3% entre 1980 y 1991 y de 1% entre 1995 y el 2001.

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV28 28 15/06/2010 22:10:51

En la actualidad, el 40% de la población urbana vive en condiciones de pobreza en el mundo, es decir, sin uno o más servicios básicos (alrededor de 950 millones de personas).

El aumento en las urbes del consumo de comida preparada ha llevado a un incremento de la ingesta de grasas y a la proliferación de las cadenas de restaurantes de comida rápida. Así, aparecen con fuerza factores condicionantes de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, las afecciones cardiovasculares, la hipertensión, la obesidad y otras, asociadas al estilo de vida.

Según estudios citados por la FAO, los pobres son los que tienen más riesgo de padecer hambre y carencias de micronutrientes, pero también de sufrir diabetes, obesidad e hipertensión. Para hacer frente al doble desafío del hambre crónica y el aumento de enfermedades en los grupos vulnerables por una mala nutrición, se debe asegurar que los niños y las mujeres en edad fértil tengan acceso al aporte de energía y a una variedad dietética adecuada, medidas fundamentales para romper la cadena de transmisión del hambre y la malnutrición de una generación a la siguiente.

Los rápidos cambios en el mundo, en todos los ámbitos, están incidiendo en la necesidad de nuevas estrategias para enfrentar los problemas del hambre y la desnutrición, y poder cumplir las Metas del Milenio.

Se requiere, por una parte, fortalecer la productividad y mejorar la distribución del in-

greso, y por otra, proporcionar el acceso directo y dirigido de alimentos, de acuerdo a políticas de control alimentario que aporten la mejor solución técnica a los problemas nutricionales específicos de cada grupo en riesgo. En este sentido, la implementación de líneas de apoyo en alimentación complementaria materno-infantil, la distribución de almuerzos escolares, los programas de ayuda a desempleados y pensionados y la creación de bancos de alimentos son estrategias que pueden hacer un aporte sustantivo a la solución de los problemas de alimentación.

Asimismo, es importante la generación de redes comunitarias e institucionales que logren alianzas contra el hambre, que apoyen los procesos organizativos y participativos, particularmente de productores rurales, fomenten la redistribución del ingreso, asegurando el acceso al agua potable y consolidando los sistemas educativos para que integren a las mujeres, pues las zonas más desnutridas son las que tienen más alta tasa de analfabetismo y de exclusión de las mujeres del sistema escolar.

En Chile, los compromisos asumidos con estas metas han sido en gran medida cumplidos. Sin embargo, todavía persiste la inequidad, por lo que la tarea no ha terminado y deben mantenerse programas alimentarios más focalizados. En paralelo, se debe avanzar en la disminución de la inequidad en la distribución del ingreso y en la mejoría de la calidad de la educación, permitiendo a la población ser sujeto del cambio social (Cuadro 11).

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV29 29 15/06/2010 22:10:51



LOS ORÍGENES DE UN PROGRAMA ESTATAL

En Chile los programas alimentarios se iniciaron a comienzos del siglo XX como acciones de caridad, impulsadas con recursos privados por alrededor de 25 años. Luego pasaron a tener financiamiento del Estado. Varias instituciones hicieron este aporte al país.





EL PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA

Los inicios de la tarea de entregar alimento a quienes más lo necesitaban era un acto de caridad que se realizaba a través del Patronato Nacional de la Infancia. Esta institución de beneficencia estaba financiada por aportes privados, y tenía como finalidad "la protección a la infancia desvalida". A principios del siglo XX, el 3 de agosto de 1901 el Patronato abrió dispensarios en que se entregaba alimentación a niños y madres desnutridas.

Muy pronto se sumaron médicos pediatras a la iniciativa. Entre éstos se hallaba el entusiasta Luis Calvo Mackenna, quien, influido por la experiencia de las "Gotas de Leche" europeas, sugirió al directorio del Patronato modificar la estructura de los dispensarios. Su objetivo era que sirvieran no sólo para la entrega de alimentos, sino también para efectuar controles periódicos de salud a los niños y mejorar su situación en general.¹⁰

El pediatra argumentaba que, de otra manera, toda la ayuda sería infructuosa. Convencido de la importancia de los controles, junto con sus colegas Roberto y Alejandro del Río, lograron que los dispensarios se transformaran en consultorios de láctantes (Cuadro 12).

02

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV32 32 15/06/2010 22:11:12

¹⁰ González, Nicolás e Infante, Antonio. "Programas de Alimentación Complementaria del Sector Salud en Chile". Boletín 89. Organización Panamericana de la Salud, 1980.

LAS GOTAS DE LECHE

Nacieron en 1906 como consultorios de lactantes en reemplazo de los dispensarios del Patronato Nacional de la Infancia y su finalidad era controlar la salud y el desarrollo de los menores de escasos recursos en forma periódica desde el nacimiento. En estricto rigor, estos centros fueron los precursores del sistema actual de vigilancia de la salud del niño a través de consultorios, por cuanto ellos inaugurarían el concepto de "control sano". Al mismo tiempo, y pese a que estos centros siempre dependieron de iniciativas privadas, puede considerárseles también como los pioneros en la elaboración de estrategias de alimentación complementaria. En ellos comenzaron a ensayarse, gracias a los desvelos de Luis Calvo Mackenna, los primeros alimentos formulados sobre la base de leche y harina. Las "Gotas de Leche" estimularon la lactancia materna y la buena alimentación de las embarazadas.11

Pese a su limitada cobertura, en comparación con los consultorios y Centros de Salud Familiar de la actualidad, el aporte de estos centros fue confirmar la importancia de la leche y del control de salud de los niños. Con el correr de los años se descubrió que allí donde había "Gotas de Leche", los niños morían menos que en el resto del país.

La fundación del Patronato Nacional de la Infancia y de la Gota de Leche fue posible gracias a un pequeño grupo de personas acomodadas y fuertemente ligadas al poder político y económico, entre ellas, las familias Valdés, Santa Cruz, Edwards, Phillips y Cousiño.

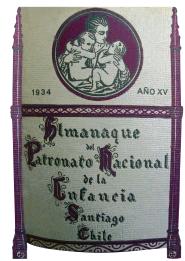
Estas familias tuvieron el mérito no sólo de aportar recursos y sensibilidad al problema, sino también de trabajar directamente en las tareas de entrega de leche y alimentos. Diariamente, las señoras acudían a las "Gotas" y tomaban contacto con las madres y los lactantes.

CUADRO 12 El Patronato Nacional de la Infancia



El Patronato Nacional de la Infancia, institución de asistencia social que por más de cien años se ha dedicado al cuidado y protección de la infancia,

tuvo su origen en 1901, cuando, tras un terremoto, la capital vio aparecer a cientos de niños sin hogar. El impacto de este hecho en algunos representantes de la aristocracia los llevó a fundar una institución de beneficiencia para asistir a los menores indigentes. Al amparo del Patronato surgieron los centros Gotas de Leche, que se mantienen activos hasta el día de hoy, entregando atención médica gratuita a más de dos mil 400 lactantes, privilegiando a aquellos con problemas de desnutrición. El Patronato mantiene, además, jardines infantiles y presta atención médica y sanitaria a madres embarazadas y a las familias de éstas*.



* Fuente: Archivo Patronato Nacional de la Infancia.

¹¹ Archivo Patronato Nacional de la Infancia.

Debemos reconocer que la ayuda caritativa tiene antecedentes en Chile desde mediados de siglo XIX cuando comenzaron a aparecer escuelas, albergues y centros de ayuda que eran financiados por las familias acomodadas y en los que se entregaba techo, abrigo y alimento a los más necesitados. La familia Cousiño-Goyenechea se erige como ejemplo de ayuda filantrópica hacia la comunidad. Dicen que doña Isidora, en persona, era quien recorría las calles de Lota y visitaba las casas de los mineros para entregarles leche, frazadas, zapatos y medicinas a los niños que veía más débiles.

Con el transcurso del tiempo la fundación Gota de Leche logró captar la sensibilidad de prácticamente todos los segmentos de la sociedad, sumándose a sus filas numerosos médicos, enfermeras, nutricionistas, colaboradores y ayudantes de todo tipo, al punto de convertirse en un referente clave de las políticas nutricionales del país y, por cierto, de la importancia de la leche y la entrega de alimentos complementarios para asegurar el crecimiento sano de la población infantil.

LA LEY DEL SEGURO OBRERO OBLIGATORIO

Los orígenes de los programas estatales de alimentación complementaria se remontan al año 1924 cuando, en el primer gobierno de Arturo Alessandri Palma (1920 a 1925), el Congreso



aprobó la llamada Ley del Seguro Obrero Obligatorio. Ésta tenía como objetivo mejorar las condiciones laborales de los miles de obreros que se apiñaban en las ciudades, los que trabajaban en su mayoría en condiciones precarias, no tenían sistemas de previsión social, seguro de accidentes, ni acceso a atenciones de salud. Tampoco estaban reguladas las jornadas de trabajo ni los permisos de ausencia por enfermedad. La persona que se enfermaba corría el riesgo de ser reemplazada en su puesto y perder su empleo.

Debido a esta situación, las demandas por legislar a favor de los derechos de los trabajadores era una de las principales exigencias ciudadanas desde fines del siglo XIX cuando, tras la revolución industrial, comenzó a emerger con fuerza la clase trabajadora, la que no estaba dispuesta a seguir esperando la solución de sus problemas sociales y económicos. Su posición se transformó en un problema que afectó a todo el país, designándose como la "cuestión social", con grandes debates políticos e ideológicos y afectando al Gobierno y al Congreso.

Alessandri Palma había asumido la Presidencia bajo la promesa de legislar en favor de las condiciones laborales de la "clase obrera". Su programa incluía, entre otras cosas, la creación de un Ministerio del Trabajo y Previsión Social y el reconocimiento de los derechos jurídicos de las mujeres. No obstante, la crisis económica generada por la caída de la industria salitrera, después de la Primera Guerra Mundial, y los vicios del sistema de rotativas ministeriales, derivado del enorme poder del Parlamento sobre el Ejecutivo, no le permitieron al gobernante cumplir sus aspiraciones.

A mediados de 1924 comenzó la crisis política. El Congreso no había aprobado ninguno de los proyectos enviados por el Mandatario, y durante semanas había dedicado casi todo el tiempo al debate sobre la dieta parlamentaria. El 3 de septiembre, cuando el Senado comenzó a discutir el asunto, un grupo de oficiales jóvenes del Ejército se hizo presente y expresó su molestia

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV35 35





golpeando sus espadas, hecho que fue conocido como "el ruido de sables". 12

A raíz de esta situación, se constituyó un comité que presionó a la clase política para que aprobara las leyes sociales. La jornada laboral de ocho horas, la regulación del trabajo infantil y femenino, la Inspección del Trabajo y la Ley del Seguro Obrero fueron algunas de las innovaciones jurídicas despachadas. Esta última contemplaba la asignación de pensiones por invalidez, enfermedad, muerte, vejez y maternidad, financiadas

35

15/06/2010 22:11:56

¹² Vial, Gonzalo. Historia de Chile. Santillana, vol.3, 1987.

por el Estado (1%), los empleadores (4%) y los trabajadores (2%). Para la mujer obrera asegurada se dispuso atención médico-social durante el embarazo, parto y puerperio, y para su hijo, atención médica hasta los ocho meses. Dentro de este período se estipulaba la entrega de leche para todas las madres obreras que no amamantaran a sus hijos.¹³

Las nuevas disposiciones en materia de seguridad social seguían las tendencias mundiales a favor de legislar sobre las condiciones de trabajo de los obreros, especialmente en lo referente a previsión y seguridad social. De hecho, la ley del Seguro Obrero se basó en un proyecto presentado en 1921 por el médico y senador Exequiel González Cortés, quien había conocido el sistema de seguro de salud alemán, instaurado por el canciller von Bismarck.

Si bien la Ley del Seguro Obrero concebía la entrega de leche como un beneficio más para las madres obreras, puede decirse que, en rigor, marcó el inicio de las intervenciones gubernamentales en materia de nutrición, pues por primera vez se asignaba presupuesto fiscal para abastecer de leche a aquellos menores cuyas familias no podían procurársela. A partir de entonces, comenzó a considerarse el resguardo de la alimentación infantil como un deber del Estado y un derecho de las madres trabajadoras.

Para cumplir con su misión el Seguro comenzó a comprar grandes partidas de leche. Ésta era deshidratada para poderla conservar y almacenar por más tiempo. A partir del año 1934, la única empresa que en aquellos tiempos podía satisfacer esta demanda era Nestlé, a la que el Seguro le compraba la leche. ¹⁴

Paralelamente, se había iniciado el llamado "Programa de Leche" que se sustentaba en las dona-

ciones humanitarias internacionales provenientes principalmente de UNICEF y Caritas, que hacían llegar a Chile los excedentes de leche en polvo que producían los países industrializados. Hasta antes de eso, Chile no conocía la leche en polvo.

EL MINISTERIO DE SALUBRIDAD, PREVISIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL

Pese a que el Seguro Obrero marcó un hito en la historia de la nutrición en Chile, no fue sino hasta el segundo gobierno de Alessandri Palma (1932 a 1938) que comenzaron las verdaderas políticas de salud pública por parte del Estado.

En 1935 se evaluó el impacto de los servicios médicos de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio y se descubrió que, después de diez años de labor, la mortalidad infantil había disminuido muy poco, creciendo incluso en algunos períodos. Mientras en 1925 la tasa de mortalidad infantil fue de 237,5 por mil, en 1935 marcaba 241,6 por mil.¹⁵

Ese año, los centros de atención médica de la Caja del Seguro Obrero sumaban 141 consultorios urbanos, 247 postas rurales y 104 estaciones médico-rurales. Sin embargo, la cobertura para lactantes era baja: cerca de cinco mil menores, hasta los ocho meses de edad, equivalentes al tres por ciento de ese grupo etario. ¹⁶

Al mismo tiempo, la Caja del Seguro Obrero había dado paso a una serie de regímenes previsionales para diversos sectores de trabajadores. En 1926, se creó la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas y la Caja de Previsión de Empleados Particulares, a las que luego se sumaron otras, completando más de 30 a fines de 1960.

En este clima de garantías sociales, el derecho a la salud resultaba fundamental y para eso era

36

¹³ Instituto de Normalización Provisional. "A 80 años de la Creación del Seguro Obrero Obligatorio". Revista, vol.5, 2004.

¹⁴ Mardones, Francisco. "Políticas de Alimentación y Nutrición en los Planes de Salud en Chile". Revista Chilena de Nutrición, vol. 30, 2003.

¹⁵ Braun, J. y otros. "Economía Chilena 1810-1995". Instituto Economía, Universidad Católica de Chile, 2000.

¹⁶ Mardones, Francisco. op. cit.

necesario crear una institucionalidad fuerte. Si bien el Ministerio de Salubridad existía desde 1924, no tenía el rango legal de tal ni menos el peso político que se requería para llevar a cabo las nuevas reformas que había prometido Alessandri para su segundo gobierno. La aplicación del Código Sanitario -a la fecha, casi el único instrumento para la aplicación de políticas de salud pública- era responsabilidad del Ministerio del Interior, a través de su Dirección General de Sanidad. Por ello, en 1936 se le otorgó rango legal al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social y se conformó el Consejo Nacional de Alimentación, organismo asesor del gobierno cuyo objetivo era elaborar estrategias públicas en la materia.

En enero de 1937 asumió como ministro de Salubridad el reconocido médico, investigador y docente Eduardo Cruz-Coke, quien había ayudado a fundar la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, siete años antes. El facultativo era conocido por su gran carisma, espíritu de servicio y amplios conocimientos científicos. La designación de un médico en la cartera cumplía también con las viejas expectativas de la comunidad científica que, consciente de los graves problemas de salubridad que aquejaban al país, aspiraba a que fuera uno de los suyos el encargado de abordar políticamente, y desde el Poder Ejecutivo, estas problemáticas.¹⁷ (Cuadro 13).

Es necesario recordar que en Chile en la década del treinta, apenas un 20% de la población urbana contaba con alcantarillado y sólo un 30% estaba conectada a la red de agua potable. Las enfermedades más comunes eran la tuberculosis, el tifus, la sífilis y la disentería. En cuanto a los niños, un 45% sufría de desnutrición, al tiempo que cerca de una cuarta parte del total moría antes de cumplir los cinco años. 18

CUADRO 13 La impronta de Cruz Coke



Eduardo Cruz-Coke Lassabe nació el 22 de abril de 1899, en el Cerro Alegre, Valparaíso. Durante sus estudios en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile (1915-1921), fundó la Asociación Nacional de Estudiantes Católicos (ANEC) junto a Emilio Tizzoni, inspirado en la doctrina social de la Iglesia. En 1920 se incorporó al Partido Conservador.

La Ley de la Madre y el Niño no fue el único aporte del ministro Eduardo Cruz-Coke al mejoramiento de la salud en Chile. Ésta fue complementada con la Ley de Medicina Preventiva, las que juntas vinieron a revolucionar el sistema de salud pública en Chile. La nueva normativa contenía dos indicaciones fundamentales: la obligatoriedad de realizar un examen preventivo anual a cada trabajador y el derecho a reposo y ausentismo por razones de salud, en cuyo caso nadie podía ser despedido. Antes de la existencia de esta norma, el riesgo de perder sus empleos al declararse enfermos era altísimo; tras la aplicación de la ley los empleadores que no cumplieran con las nuevas disposiciones serían sancionados.

Junto con proteger al trabajador, el propósito de la Ley de Medicina Preventiva fue disminuir los altos gastos en salud que debía costear el Estado, debido a las elevadas tasas de enfermedades y accidentes que presentaban los trabajadores chilenos

Las medidas adoptadas por Cruz-Coke fueron muy populares en su época, lo que contribuyó, a su vez, a popularizar el gobierno de Alessandri, quien dió un amplio respaldo a la gestión de su titutar de Salud.

En 1973, el colegio Médico lo condecoró por sus aportes a la disciplina. Murió el 18 de marzo de 1974.



37

¹⁷ Huneeus, Carlos y Lanas, María Paz. "Eduardo Cruz Coke y el Estado de Bienestar en Chile (1937-1938)". Revista Historia, vol. 35, 2002.

¹⁸ Mardones, Francisco y otros. "Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el Período 1937-1982", Revista Chilena de Nutrición, vol. 3, 1986.

La desnutrición y la alta mortalidad infantil habían estado desde siempre entre las preocupaciones médicas y sociales del ministro Cruz-Coke. Como profesor e investigador había realizado acuciosos estudios sobre el estado nutricional de la población chilena. Además, había profundizado en las bases químicas y fisiológicas de la nutrición.

En una oportunidad expresó: "La miseria es un estado que no alcanza a subir hasta el umbral de la esperanza y del cual somos responsables nosotros, los que lo permitimos. Ella corroe con mil imponderables nuestro destino. Tiene una causa: lo que no hacemos, pudiéndolo".

Para él, la solución a las carencias alimentarias era una: los niños debían ser fortalecidos con leche, considerada el alimento protector por excelencia y cuyo suministro adecuado se volvía fundamental para el crecimiento sano de todos los chilenos. Esta convicción se veía refrendada por un precedente no menor, que los especialistas de la época bien conocían: los índices de mortalidad y morbilidad infantil habían descendido ostensiblemente en las familias de madres aseguradas, que habían recibido leche y atención médica en el Seguro Obrero. En un mundo donde no existían los antibióticos, estas diferencias no podían ser atribuidas a otra cosa más que al poder inmunizador de la leche.

EL CONSEJO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN

Antes de poner en marcha su plan, el ministro Cruz-Coke gestionó la realización de estudios que respaldaran las decisiones políticas que tomaría. Para ello, revitalizó el Consejo Nacional de Alimentación, creado en 1936, conformado por médicos, investigadores y representantes de organismos públicos y privados.

Una vez concluidos los estudios del Consejo, sus resultados fueron claros: la principal causa de enfermedades y muerte infantil era una mala alimentación, que comenzaba en el cuerpo de la madre embarazada y proseguía durante el período de lactancia y los primeros años de vida. Terminado el período de amamantamiento, el cual en muchos casos no superaba los seis meses, la leche materna era sustituida por agua con harina tostada (el tradicional ulpo). En consecuencia, el principal alimento de la dieta infantil era el trigo, insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales de un cuerpo en crecimiento.

Tras estos resultados, se volvía prioritario tomar medidas de salud pública para el mejoramiento del estado alimentario de la población. Ello redundaría no sólo en una mejor condición social en todo sentido, sino en menores gastos del Estado por la disminución de las enfermedades asociadas.

LA LEY MADRE-HIJO

En 1937, a los pocos meses de conocerse los resultados de los estudios del Consejo Nacional de Alimentación y a sugerencia de éste, se logró que el presidente Alessandri Palma redactara un decreto que aumentaba en un medio por ciento el aporte del Estado para la salud de los niños y las niñas, en tanto los empleadores lo harían en un uno por ciento. La ayuda se canalizaría a través del "Servicio de Atención Médica de la Madre y el Niño", que atendería a todas las familias aseguradas del país. Inicialmente, el decreto tenía un año de vigencia, pero fue tal la acogida por parte de la población (las madres hacían largas filas en los servicios esperando su turno), que el Gobierno envió al Congreso un proyecto de ley para extender el beneficio indefinidamente. Esta fue la Ley 6.236 Madre-Hijo, publicada en el Diario Oficial el 10 de septiembre de 1938, dos meses antes de entregar su cargo al presidente Pedro Aguirre Cerda.

La ley estableció que todo trabajador afiliado a un sistema de previsión, tanto hombre como mujer, tenía derecho a recibir alimentación complementaria, consistente en leche, y atención médica para sus hijos menores de dos años. Al mismo tiempo, se aprobó que la tercera parte

38 • • • •





del total de las cotizaciones obreras fuera destinada a dichos servicios. A partir de esta promulgación, la distribución de alimentos quedó ligada al control médico en el sector salud.¹⁹

Para la sensibilidad de la época, la nueva iniciativa legal no era más que la ampliación de la cobertura del Seguro Obrero hacia todos los trabajadores; sin embargo, el gran salto consistió en la extensión del beneficio más allá del período de lactancia materna, esto es, hasta los dos años.

Para abastecer adecuadamente las necesidades de leche de la madre y el niño, el Estado se vio en el imperativo de fomentar el desarrollo de la industria lechera, mediante un incentivo a la formación de cooperativas. En esa época, la disponibilidad de leche fresca de vaca era limitada

La leche deshidratada fue reemplazada por leche líquida pasteurizada, gracias a la adquisición por parte de la Caja del Seguro Obrero de la primera planta pasteurizadora del país, creada en Santiago en 1937, a la que le seguirían muchas más. La leche entera en polvo comenzó a distribuirse ese mismo año, y era producida por la Sociedad Agrícola San Vicente de Los Andes, una compañía totalmente privada.

Los gobiernos radicales continuaron con el fomento a la producción lechera. Así, en 1938, durante la presidencia de Aguirre Cerda, el Estado se asoció con la que era, a la sazón, la más importante industria privada que operaba en el país: Nestlé. De esta unión surgió la Sociedad Nacional Lechera de Graneros, que pertenecía en un 51% a la transnacional suiza, que aportaba la tecnología, y en un 49% al Estado junto

y muy estacional, y la producción total no alcanzaba a satisfacer la demanda interna.

¹⁹ Mardones, F. y otros. "Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el Período 1937-1982". Revista Chilena de Nutrición, vol. 3, 1986.



con otros socios nacionales. Esta empresa producía leche deshidratada para distribuir entre los beneficiarios del Programa de Leche, creado por Alessandri Palma.

Más tarde, en 1942, durante el gobierno de Juan Antonio Ríos Morales, 72 pequeños empresarios provenientes de la Sociedad Agrícola y Ganadera de Osorno (SAGO) crearon la Cooperativa Agrícola Lechera de Osorno (CALO), que en poco tiempo se convirtió en la empresa más importante de capitales chilenos. Contaba con plantas productivas en Río Bueno, Volcán, Entre Lagos y Crucero-Purranque, cada una con autonomía productiva.

En 1948, en el gobierno de Gabriel González Videla, un suizo, Roberto Diethlem, recién llegado al país, instaló una pequeña quesería en su campo en Loncoche. Dos años más tarde comenzó la construcción cerca del río Cruces de una planta lechera, con maquinaria traída desde Alemania,

la que inició sus actividades en octubre de 1951 y fue el inicio de Loncoleche.²⁰

En junio de 1949 surgió la Cooperativa Agrícola y Lechera de La Unión (COLUN), la que importó desde Alemania el primer equipo de secado spray para producir leche en polvo, origen de la planta industrial de Lácteos Unión.

Estos esfuerzos permitieron una enorme intervención alimentaria a más de 67.000 niños.²¹ Muy pronto las estrategias gubernamentales comenzaron a reflejarse en las estadísticas: mientras en 1938 la tasa de mortalidad infantil (menores de cinco años) era de 235 por mil, diez años más tarde la cifra había bajado a 160 por mil.²²

41

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV41 41 15/06/2010 22:12:55

²⁰ Archivo Watt's.

²¹ Huneeus, Carlos y Lanas, María Paz. "Eduardo Cruz Coke y el Estado de Bienestar en Chile (1937-1938)". Revista Historia, vol. 35, 2002.

²² Braun, J. y otros. "Economía Chilena 1810-1995". Instituto de Economía, Universidad Católica de Chile, 2000.



Ampliar la cobertura de salud a todo el país tenía un requisito, personal médico. Para paliar el déficit de profesionales en el sistema público, a partir de 1960 la autoridad desarrolló programas de complementación con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La solución fue el llamado "Ciclo de destinación", que les permitía a los médicos recién titulados optar a planes de especialización, trabajando como médicos generales de zona, en hospitales públicos. Gracias a esta vinculación del Estado con las escuelas de medicina, se idearon estrategias para el control de la salud pública, consistentes en programas de vacunaciones, control y atención profesional del embarazo y el parto, control de epidemias, entre otros. El Ciclo de Destinación fue tan exitoso que superó incluso las dificultades económicas de la primera mitad de la década del setenta y se mantiene vigente hasta nuestro días.

EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS)

En el año 1952 durante el gobierno de Carlos Ibáñez del Campo se aprobó la ley 10.383 que dio origen al Servicio Nacional de Salud (SNS).

Esta ley significó la coronación de largos años de esfuerzo en favor de la unificación de los servicios de salud y su centralización en el ámbito político y administrativo, idea que venía fraguándose desde el gobierno de Aguirre Cerda. En esa administración, a raíz del terremoto de Chillán de 1939 el país debió darse una organización de emergencia para atender a los damnificados, la que demostró que si todos los centros de asistencia actuaban en bloque y coordinaban sus iniciativas, el resultado era de una mejora notable en la calidad de la atención de los servicios de salud.

En el gobierno de Aguirre Cerda, su ministro de Salubridad, el médico Salvador Allende, encabezó en 1940, la comisión que redactó el proyecto de reforma a la Ley 4.054 (del Seguro Obrero), según el cual se fusionaban todos los programas de asistencia de salud de la población.

La iniciativa para la unificación de los servicios sanitarios estuvo más de diez años discutiéndose en el Congreso, hasta que logró ser aprobada por unanimidad recién en 1952, durante el gobierno de Ibáñez del Campo, gracias a las gestiones del titular de Salubridad de la época, Jorge Mardones Restat.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) nace así de la fusión de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, la Dirección de Protección a la Infancia y Adolescencia (creada en el gobierno de Juan Antonio Ríos, para atender a los niños indigentes), el Servicio Nacional de Salubridad, los Servicios de Atención a la Madre y el Niño, la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social (creada en el gobierno de Juan Luis Sanfuentes), entre otras.

Paralelamente, se creó el Servicio de Seguro Social, separándose así las funciones de seguro y previsión, de las atenciones de salud y nutrición.

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV42 42 15/06/2010 22:13:01

Si bien el nuevo Servicio Nacional de Salud asumía las misiones de cada uno de los organismos antecesores, ampliaba considerablemente su campo de acción al ser un sistema centralizado y vertical, bajo el cual se alineaba la aplicación de las políticas generales del gobierno.

El objetivo central del SNS fue modernizar los servicios de salud y aumentar la cobertura, alcanzando a las zonas más remotas y a los sectores más pobres. Se desarrolló en el país la red hospitalaria pública, las postas de urgencia y los centros de atención primaria, secundaria y terciaria (Cuadro 14).

El SNS atendía a los trabajadores y sus familias e incluía tratamientos médicos, quirúrgicos y de atención dental. Se financiaba con aportes fiscales y previsionales de los empleadores y de los trabajadores, más el aporte directo de los usuarios.

En cuanto a la gestión, debían desarrollarse programas focalizados en grupos o patologías específicas, además de estrategias de saneamiento ambiental, como alcantarillado, agua potable y retiro de basuras. También surgió la distinción entre obreros y empleados, creándose en 1960 durante el gobierno de Jorge Alessandri Rodríguez el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Ambos organismos se erigieron como las entidades que formaban el sistema de salud pública de Chile.

EL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC)

Desde la promulgación de la Ley Madre-Hijo, en 1938, hasta la creación del SNS, en 1952, las tasas de mortalidad infantil habían descendido en casi 10 puntos porcentuales, desde un 23,5 hasta un 13,6 por ciento, en los menores de cinco años.²³

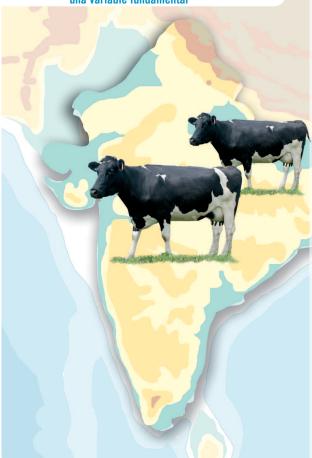
Estas estadísticas alentaron al sector salud para profundizar en el área de la nutrición, ya que los programas de alimentación complementaria constituían no sólo una herramienta de asistencia social para los más desposeídos, sino también una potente estrategia sanitaria pública nacional, al incidir directamente en el buen estado de salud de la población. Por ello, tras la creación del SNS comenzó el desarrollo de estrategias ministeriales para la intervención masiva en el campo nutricional. Entonces ya existía suficiente conocimiento académico en las áreas de nutrición y pediatría, lo cual daba una base científica al diseño de los programas.

En 1954, durante el gobierno de Ibáñez del Campo y dos años después de la creación del SNS, nació oficialmente el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), bajo el impulso del ministro Jorge Mardones Restat. Éste fue concebido como una estrategia del Estado para combatir la desnutrición y disminuir los índices de mortalidad infantil.

El gran cambio de este programa respecto al "Programa de Leche", como era conocido desde la época de Alessandri Palma, fue la decisión de extender el beneficio a embarazadas y preescolares hasta los seis años. Ello implicaba atacar el problema desde la raíz, en el vientre de la madre, evitando así el bajo peso al nacer, y manteniendo el programa hasta el inicio de la etapa escolar, con lo cual se aseguraba una

²³ Braun, J. y otros. "Economía Chilena 1810-1995". Instituto de Economía, Universidad Católica de Chile, 2000.

CUADRO 15 El apoyo a los productores lácteos: una variable fundamental



Las políticas gubernamentales de apoyo a los pequeños productores lácteos o campesinos juegan un rol importante a la hora de implementar soluciones para combatir la inseguridad alimentaria. De hecho, fue una de las variables que influyeron en el éxito de Chile en el combate contra la desnutrición. El caso de Chile no es el único. La experiencia ha demostrado que estas iniciativas pueden dar resultados favorables en países de muy diferente condición. Es el caso de India, por ejemplo, el segundo país más poblado de la tierra, con 1.033 millones de personas y 221 millones de desnutridos, el que ha venido realizando notables esfuerzos en la lucha contra el hambre y la pobreza. Uno de sus ejes ha sido estimular el desarrollo del sector lácteo, provocando una verdadera "revolución blanca" al triplicar en los últimos 20 años la producción de leche y ser actualmente el primer productor de mundo. Esto ha implicado el aumento del consumo de calorías al día de un promedio de 500 en 1980 a 800 en el año 2000. Este fenómeno ha elevado los ingresos de 90 millones de familias indias, mayoritariamente pequeños agricultores o unidades familiares con uno o dos animales lecheros.

La forma principal que adoptó la expansión fue la articulación de una red de coopperativas lecheras -aproximadamente 101.000- a escala nacional. Por cierto, un papel importante jugó el acceso al crédito rural y los servicios de apoyo a la producción de los agricultores pobres.

buena alimentación durante toda la primera infancia.

Ello marcó una inflexión importantísima en la historia nutricional y sanitaria del país, pues, a partir de entonces, comenzó la ampliación sistemática de la cobertura.

El cumplimiento del PNAC fue posible gracias a las donaciones del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que comenzó a hacer llegar a Chile leche semidescremada en polvo. La distribución de estos envíos quedó en manos del SNS, el que entregaba la leche a las madres a través de los consultorios de atención

primaria y hospitales. En tanto los beneficiarios del SERMENA, Fuerzas Armadas y Carabineros obtenían los alimentos directamente de esas instituciones.

En el año 1954, el PNAC distribuyó 14 mil toneladas de leche en polvo con 13 por ciento de materia grasa. Sus destinatarios eran más de 500 mil niños y embarazadas inscritos en todos los consultorios del país.²⁴

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV44 44 15/06/2010 22:13:18

44

²⁴ Mardones, F. y otros. "Programa Nacional de Alimentación Complementaria en Chile en el Período 1937-1982". Revista Chilena de Nutrición, vol. 3, 1986.

A la inclusión de las embarazadas en el programa de entrega de leche siguieron campañas para promover la lactancia materna en 1956, la ampliación de asignaciones para el período prenatal, y la extensión del reposo materno postnatal de 45 a 84 días, promulgado en la ley 13.350, de 1959, durante el gobierno de Alessandri Rodríguez. Si bien en un principio estas prerrogativas fueron concebidas sólo para las madres obreras, con el tiempo fueron ampliándose a todas las asalariadas y en la actualidad lo disfrutan todas las mujeres de Chile.

El resultado de estas reformas fue importante. Mientras en 1952, cuando se creó el SNS, la tasa de mortalidad infantil (menores de cinco años) era de 136,1 por mil, al final de la década llegó a 119,5 por mil. En el caso de la mortalidad neonatal (hasta 28 días), las variaciones fueron más notorias: en 1954, la tasa era de 43,8 por mil, mientras que en 1960, de 34,6 por mil.²⁵

Tras la gran ampliación de la cobertura en los programas de entrega de leche que significó la creación del PNAC, el Estado se enfrentó nuevamente al déficit de producción nacional, esta vez de leche en polvo. Pese al incipiente desarrollo industrial privado que venía impulsándose desde el segundo gobierno de Alessandri Palma, Chile seguía siendo un país deficitario para satisfacer su demanda interna de leche. Se definió que no podía seguir aceptando donativos de UNI-CEF sin desarrollar las capacidades nacionales, ya que eso sólo hacía a Chile más dependiente de la ayuda humanitaria internacional. Es por ello que, el Ministerio de Salud solicitó a UNI-CEF la dotación de la infraestructura y tecnología necesarias para producir leche en polvo. Así, en 1957, y financiadas por este organismo, se construyeron dos plantas elaboradoras de leche en polvo en el país: una en San Fernando y la otra en Chillán.

Se consiguió un incremento del presupuesto del Estado para el PNAC, destinándose el 5% de la asignación familiar obrera para estos fines. Eso

significó un aumento de más de 70 millones de dólares. Con este dinero, el SNS apoyó a una decena de cooperativas lecheras para incorporarlas a la producción de leche en polvo. Paralelamente, CALO adquirió dos torres de secado spray y casi toda la leche en polvo que producía era enviada al Servicio Nacional de Salud (Cuadro 15).

²⁵ Braun, J. y otros. "Economía Chilena 1810-1995". Instituto de Economía, Universidad Católica de Chile, 2000.



DESARROLLO TECNOLÓGICO

46





EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA LECHE

Durante el transcurso de los años sesenta, y particularmente bajo el gobierno de Eduardo Frei Montalva, el Estado fomentó la asociación de los pequeños productores en cooperativas lecheras, a las que les financiaba la construcción de plantas deshidratadoras. Gracias a esta política, a fines de la década había cerca de diez plantas productoras de leche en polvo, repartidas entre Santiago y Puerto Montt.

El gobierno consideró indispensable el facilitar la transferencia tecnológica desde los centros más avanzados del mundo hacia estas cooperativas campesinas de leche. Para ello, y en conjunto con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Frei Montalva desarrolló un proyecto para dotar a Chile y a América Latina

de un Centro Tecnológico de la Leche, cuyo objetivo concreto era desarrollar el sector lechero nacional en todos aquellos aspectos vinculados a la ciencia y la tecnología de la leche. El gobierno de Dinamarca estuvo dispuesto a apoyar y financiar la iniciativa. Así, en 1970, ya estaba instalado el Centro Tecnológico de la Leche en la Universidad Austral de Chile, en Valdivia. Allí se capacitaron quienes manejaban las plantas deshidratadoras de leche, no sólo de Chile, sino de toda América, con docentes que contrataba la FAO.

Más tarde, este mismo Centro asumió las tareas de asistencia técnica para el subsector lechero y el dictado de cátedras en la Universidad Austral, relacionadas con el tema.

8 • • • •

EL COMITÉ PROTEICO INDUSTRIAL (CPI)

A pesar de los esfuerzos desplegados por el Servicio Nacional de Salud, a mediados de los años sesenta la malnutrición afectaba todavía a amplios sectores de nuestra sociedad. La disponibilidad de carne y proteínas venía disminuyendo desde la década del cuarenta, para reducirse prácticamente a la mitad, en 1966. El consumo de carne había bajado de 52 kilógramos anuales por habitante en 1942, a 27,6 kilógramos en 1966. En tanto, el déficit de leche para toda la población chilena aumentó de 361 millones de litros, en 1966 a 397 millones, en 1968.26 Según el Departamento de Nutrición del Servicio Nacional de Salud, el consumo mínimo diario de proteína animal por habitante debía ser de 34 gramos y era, en 1965, apenas de 26 gramos, con el agravante de que el 50 por ciento de la población no consumía carne de ningún tipo.

El fantasma del desabastecimiento mundial rondaba la mente de especialistas en nutrición y políticos. Según la creencia de la época, de mantenerse el ritmo de crecimiento demográfico, para el fin del milenio las cosechas no darían abasto para alimentar a todos los habitantes del planeta. Millones de personas morirían de hambre, desnutrición o enfermedades asociadas. Preocupados de ello, un grupo de científicos, economistas, políticos y gobernantes de todo el mundo atendió al llamado de alerta y se agrupó en 1968 en el "Club de Roma", buscando una solución a la crisis que se avecindaba. (Cuadro 16).

Chile no podía estar ajeno a esta preocupación mundial, y menos cuando ésta se hacía sentir ya en el país. Era necesario entonces pensar en una solución. En aquellos años, el recurso proteico de mayor disponibilidad en el país estaba en los peces que ofrecía la larga costa del Pacífico, especialmente la merluza, que podía encontrarse

CUADRO 16 El Club de Roma

El Club de Roma es un grupo de científicos, economistas, hombres de negocio, altos funcionarios internacionales, jefes de Estado y antiguos gobernantes que reúnen sus experiencias para buscar soluciones a lo que ellos denominan "problemática mundial". Este concepto nació para describir los problemas políticos, sociales, económicos, tecnológicos, ambientales, psicológicos y culturales de la humanidad.

El Club ha publicado informes desde 1968. Sin embargo, uno que tuvo especial influencia en la década del setenta fue Los Límites del Crecimiento, editado en 1972. Este tratado logró vender 12 millones de copias en el mundo y ser traducido a 27 idiomas.

Las principales conclusiones de Los Límites del Crecimiento son:

- Si las tendencias de crecimiento presentes en la población mundial (industrialización, contaminación, producción de alimentos y agotamiento de recursos naturales) siguen inalteradas, los límites de crecimiento sobre este planeta serán alcanzados algún día dentro de los próximos cien años. El resultado más probable será una disminución repentina e incontrolable tanto en la capacidad demográfica como industrial.
- 2. Es posible cambiar estas tendencias de crecimiento y establecer una condición de estabilidad ecológica y económica que sea sostenible en el futuro. El estado de equilibrio global podría ser diseñado de modo que las necesidades básicas materiales de cada persona sobre la Tierra estén satisfechas, y cada persona tenga igualdad de oportunidades para realizar su potencial individual humano.*

*Fuente: Archivos Club de Roma



²⁶ Corvalán Lépez, Luis. "El Gobierno de Salvador Allende". LOM Ediciones, 2003.

desde Arica hasta el Golfo de Penas. Por ello, la industria pesquera recibió un gran impulso durante el gobierno de Frei Montalva, y vivió un período de gran expansión: Chile era el tercer productor de harina de pescado en el mundo. Ésta se usaba como base para alimentar al ganado. Paralelamente, se desarrollaban otros proyectos para la explotación de crustáceos.

Dado el auge de la industria pesquera que vivía Chile, sumado a la preocupación alimentaria internacional, el desarrollo de la explotación de los recursos marinos pasó a ser parte de los planes estratégicos del país. En 1964 la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO) creó el Instituto de Fomento Pesquero (IFOP), cuya misión específica fue impulsar el desarrollo tecnológico del sector pesquero y hacerlo sustentable en el largo plazo.

En 1970, la CORFO decidió crear en el IFOP, el célebre Comité Proteico Industrial (CPI). Su misión era la de desarrollar tecnológicamente productos de consumo masivo con alto valor nutricional, que traspasaran directamente la proteína de pescado al ser humano, y así evitar la dependencia de proteína proveniente de reses o aves que era más cara y de menor disponibilidad en el país.

La línea central de investigaciones consistió en la utilización de proteínas de pescado, las que combinadas con grasa vegetal y cereales satisfarían las necesidades nutricionales.

El proyecto para producir Concentrado Proteico de Pescado tardó dos años en desarrollarse y estuvo terminado a inicios de 1972 en el gobierno de Salvador Allende Gossens, cuando los ingenieros y químicos del CPI detallaron minuciosamente cada línea de proceso, desde la captura de los peces en alta mar hasta su fabricación en una planta industrial, que se ubicaría en Talcahuano.

Si bien el nombre oficial de este proyecto fue Concentrado Proteico de Pescado, en el lenguaje popular fue más conocido como "leche de pescado", concepto que rondó el imaginario chileno durante todo el período de la Unidad Popular.

Las plantas para producir este concentrado habían sido construidas en 1972, pero la falta de recursos para implementar la infraestructura mínima necesaria dejó en suspenso la concreción de la idea.

Paralelamente, el CPI realizó otros proyectos, como un sustituto lácteo para la alimentación de terneros, con lo que la leche de vaca destinada a ellos quedaría disponible para el consumo humano. También se trabajó en el desarrollo de un alimento formulado para los escolares. El prototipo consistía en una mezcla que se conocería después como la Fórmula Trigo-Leche (FTL), concepto tecnológico nutricional que sería la base del desarrollo de la Purita Cereal. A lo anterior se sumaba toda una línea de investigación en el tema de envases de leche larga vida (la tecnología UHT) que permitiría llevar leche líquida a los puntos más extremos del país.

LA CAMPAÑA DEL MEDIO LITRO DE LECHE

Desde mucho antes de asumir en 1970 la Presidencia de la República, el médico Salvador Allende estaba interesado en la idea de mejorar la atención en salud, especialmente la de los niños. Como pediatra, su postura frente al tema de la salud infantil era deudora de las políticas de Eduardo Cruz-Coke y de toda la tradición del "Programa Leche"; sabía que garantizar el consumo lácteo durante la infancia era asegurar también generaciones de adultos más sanos y más capaces.

Por eso, ya desde su campaña presidencial prometió que todo niño chileno tendría derecho a medio litro de leche diario. Éste se entregaría hasta los quince años, lo que implicaba aumentar enormemente la cobertura del programa, extendiéndola hacia el segmento escolar. Fundamentaba la medida afirmando que la carencia proteica en las clases más pobres era uno de los factores que explicaba la desigualdad social.

50 • • • •

Así lo expresó en un discurso el 21 de diciembre de 1972, en la Universidad de Guadalajara en México:

"Si un niño, en los primeros ocho meses de su vida, no recibe la proteína necesaria para un desarrollo corporal y cerebral, se va a desarrollar en forma diferente al niño que pudo tenerla. ¡Y cuántas son las madres proletarias que no pueden amamantar a sus hijos! Nosotros, los médicos, sabemos que el mejor alimento es la leche de la madre, y no lo pueden hacer porque viven en las poblaciones marginales, porque sus compañeros están cesantes y porque ellas se subalimentan. Como madres, están castigadas en sus propias vidas y, lo que es más injusto, en la vida de sus propios hijos".

"La Campaña del Medio Litro de Leche", como se llamó a la concreción de la promesa de Allende, presentaba varios problemas logísticos, empezando por el de la distribución. No se sabía cómo se haría llegar la leche a los miles de escolares que se incorporaban al programa. Tampoco estaba claro si se repartiría en polvo, para llevarla a la casa, o líquida, para tomarla en la misma escuela cada mañana. Pero éstos eran sólo problemas marginales comparados con el que hacía verdaderamente inviable el proyecto: la enorme cantidad de leche que se necesitaba para llevar a cabo el programa, que quintuplicaba la capacidad del momento. A pesar de todos los problemas, el proyecto se echó a andar. Entre 1971 y 1972 se distribuyeron gratuitamente cerca de 47 mil toneladas, que se incrementaron a 49 mil, en 1973, llegando a favorecer a tres millones 600 mil niños, lo que representó un 80% de la cobertura deseada.

Cuando la producción interna no dio abasto, se importó leche en polvo.²⁷ Pero las dificultades iban aumentando con el tiempo: las principales cooperativas lecheras quebraron, la leche subió de precio y en el país comenzaron a escasear las divisas y también los alimentos, producto del desabastecimiento.

El Comité Proteico Industrial se enfrentaba en 1972 a un doble problema: no sólo estaba fracasando el proyecto del Concentrado Proteico de Pescado, sino que se daba cuenta también que sería imposible cumplir con el objetivo alimentario del gobierno de entregar leche a todos los menores de 15 años.

El proyecto de Allende habría fracasado de no haber sido por los aportes que, desde el campo de la investigación tecnológica hizo el Comité Proteico Industrial el que se abocó de lleno a la tarea de salvar el programa de leche.

Lo primero que había que solucionar era el déficit lechero del país. Era imposible en el corto plazo aumentar la producción de leche y las importaciones, por lo que la solución fue que las cantidades disponibles, con algún agregado, alcanzaran para todos.

Esta solución ya estaba planteada en las anteriores investigaciones. Si en la búsqueda de un alimento completo, se pensó en agregar grasa y cereales a las proteínas del pescado, ¿por qué no hacer lo mismo con las proteínas derivadas de la leche? En otras palabras era necesario buscar una fórmula de leche con cereales para satisfacer las necesidades proteicas y calóricas en un solo producto.



²⁷ Servicio Nacional de Salud. "Evaluación Programa Nacional de Alimentación Complementaria", 1972.



Los químicos del CPI, en sus investigaciones sobre la eficiencia energética, validaron la hipótesis de que la combinación de trigo y leche hacía que los nutrientes de cada componente se asimilaran mejor que tomando cada uno por separado. Además, las investigaciones nutricionales demostraron que la leche pura no era el alimento más adecuado para distribuir indiscriminadamente a todos los grupos etarios. Para el caso del segmento escolar y preescolar, lo ideal era buscar una fórmula más balanceada, de acuerdo con los requerimientos nutricionales propios de esa etapa. En definitiva, extender la leche con cereales era una medida más que acertada en términos nutricionales.

El desafío del equipo fue producir un alimento que pudiera reemplazar a la leche, pero que fuera similar a ella, que pareciera una bebida láctea. Entonces comenzó a tomar fuerza el proyecto de la Fórmula Trigo-Leche (FTL), sobre la base de hidrolizados de trigo, que venía trabajando el equipo del CPI desde 1970.

Una vez desarrollada la fórmula, hubo que solucionar el problema de la fabricación industrial del alimento. Para que el producto funcionara había que buscar la manera de disolver el trigo, de modo que se licuara junto con la leche en polvo. Esta vez no podía pasarles lo mismo que con la leche de pescado, es decir, que el proyecto fracasara por el costo de las instalaciones y el proceso de fabricación. Por ello, se decidió aprovechar las instalaciones de la empresa privada para la producción de leche en polvo.

Debido a la estacionalidad que presenta el sector, muchas plantas lecheras estaban prácticamente ociosas en invierno. Las empresas lecheras que disponían de la tecnología adecuada eran las más indicadas para integrarse a este proceso. El equipo del CPI tenía contactos con CALO y consiguió que dicha empresa les prestara su planta de Osorno durante un mes de julio.

Paralelamente, se obtuvo financiamiento del Comité Metalmecánico de la CORFO para cons-

52 • • • • •

truir un reactor que se colocó en la planta. Este permitió producir las primeras muestras.

La bebida fue sometida a análisis sensoriales de menores y tuvo una buena recepción; las investigaciones del CPI daban, al fin, sus frutos. A mediados de 1973, el Estado de Chile patentó, por primera vez, un producto alimenticio diseñado especialmente para entregar en sus programas de alimentación. Se trataba de un concentrado único en polvo que, al mezclarse con agua, se convertía instantáneamente en leche con cereales, entregando cantidades complementarias de proteínas, grasa y carbohidratos.

Pese a la buena aceptación de la leche, persistía en la ciudadanía el prejuicio de que los alimentos que entregaba el Estado en forma gratuita no eran de buena calidad, por lo que se corría el riesgo de que un producto que había implicado años de acuciosas investigaciones, fuera mal recibido por los consumidores finales. En la mente de los usuarios aún rondaba el fantasma de la temida "leche de pescado". Fue necesario idear entonces una estrategia que posicionara el producto entre la población. Ésta fue la creación de un homónimo comercial del producto, que se vendiera en supermercados y establecimientos comerciales. De esta manera, se crearía la imagen de que se trataba de un producto comercial y competitivo y el beneficiario ponderaría así mejor la entrega. "Superchil" fue el nombre de fantasía elegido para producir industrialmente la FTL.

La Fórmula Trigo-Leche no pudo finalmente concretarse durante el gobierno de la Unidad Popular y, hasta su término, el PNAC sólo entregó leche en polvo con 12% de materia grasa. La distribución de leche pasó de 20 a 49 mil toneladas anuales, al aumentarse los beneficiarios desde los 6 hasta los 15 años de edad, como consecuencia de la "Campaña del Medio Litro de Leche". La ampliación de cobertura de los programas de alimentación durante el período 1971-1973 tuvo efectos directos y prácticamente inmediatos. Según las cifras oficiales del gobierno de la época, en 1971 la mortalidad infantil disminuyó en un 10,8%.

El PNAC fue reformulado en cuanto a sus objetivos específicos, pues además de suplir las carencias calóricas y proteicas, debía colaborar en los estudios diagnósticos del estado nutricional de las madres y niños, incrementar el número de atenciones y controles de salud para los menores de 15 años y embarazadas, educar a la población beneficiada y servir a las investigaciones operacionales y epidemiológicas que permitieran evaluar el programa.

El gran aporte de del proyecto fue elevar el beneficio asistencial del Estado a la categoría de derecho de la ciudadanía, haciéndolo extensivo a todos los niños de Chile menores de 15 años.

En forma paralela a las investigaciones del CPI, y al amparo de la empresa privada, se había constituido en Santiago, en la Sede Sur de la Universidad de Chile, un grupo que estaba trabajando en el problema de la desnutrición. Éste estaba liderado por el médico nutricionista Fernando Mönckeberg Barros quien, al igual que Allende, estaba convencido de que la principal causa del subdesarrollo era una mala alimentación, la que generaba un déficit en las capacidades intelectuales de los pueblos.

El grupo de Mönckeberg, formado principalmente por médicos, químicos farmacéuticos y nutricionistas (a diferencia del CPI, en el que casi todos eran químicos), seguía una línea de desarrollo internacional impulsada principalmente por Estados Unidos. A este país le preocupaba la desnutrición en el Tercer Mundo y sus consecuencias políticas. La solución buscada era lograr un producto de alto valor nutricional, pero hecho con materias primas baratas, de modo que se pudiera entregar en los países pobres para suplir las proteínas de origen animal, mucho más caras.

Siguiendo estas recomendaciones, el grupo de Mönckeberg decidió reemplazar parte de las proteínas de origen animal por una mezcla de aminoácidos de origen vegetal, provenientes del poroto de soya. Se utilizó la línea de financiamiento del gobierno estadounidense, a través de

CUADRO 17 ¿Qué son los atributos organolépticos?

Los atributos organolépticos son aquellos que permiten identificar a un producto por la forma en que impacta a los sentidos. El desarrollo de alimentos para niños es bastante más complejo que el de medicamentos, ya que no basta sólo con su composición: si tiene mal sabor u olor, jamás logrará su objetivo.

En cuanto a su textura, la leche es apenas más viscosa que el agua a los 20 grados Celsius. Su color es el tradicional blanco, que se explica por la reflexión de la luz en las partículas del complejo casinato-fosfato-cálcico en suspensión coloidal, y por los glóbulos de grasa en emulsión. El sabor natural de la leche es más bien dulce, debido a la lactosa. Su olor se debe a la presencia de compuestos orgánicos volátiles de bajo peso molecular, entre los cuales destacan ácidos, aldehídos, cetonas y trazas de sulfato de metilo.

Durante el período de producción industrial, los aspectos organolépticos son de gran importancia, puesto que permiten distinguir entre leches de distinta calidad.*



la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), gracias a lo que se produjo, en 1973, un alimento complementario llamado "Fortesán", formulado sobre la base de leche y poroto de soya.

Sin embargo, el gran reparo a este tipo de soluciones tenía que ver con los aspectos organolépticos y funcionales. Tanto la textura como el sabor de los alimentos resultantes eran en su mayoría decepcionantes. Si bien estaban perfectamente balanceados, fallaban en lo sensorial, elemento clave para su éxito (Cuadro 17).

LA FOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC).

El gobierno de Augusto Pinochet Ugarte, en septiembre de 1973, detectó la necesidad de ajustar el PNAC, ya que por su alto costo, era inviable debido a la crisis económica del período 1973-1974. El Estado no podía seguir repartiendo leche a todos los niños de Chile hasta los 15 años, como lo había postulado y realizado el gobierno de Allende. La misión del Estado debía ser la de administrar eficientemente los recursos, concentrando los esfuerzos en los más necesitados.

El modelo del Estado subsidiario, que terminaría siendo eje de la Constitución de 1980, comenzó a aplicarse de lleno y desde el principio en las políticas de alimentación. La idea era focalizar las iniciativas hacia los grupos más vulnerables, es decir, madres y niños desnutridos o en riesgo de desnutrición, después incluir a lactantes y recién nacidos sanos, para terminar en los preescolares.

Aun cuando habían pasado casi dos décadas desde la creación del PNAC, en 1973 el país seguía manteniendo altos porcentajes de desnutrición y mortalidad infantil. El problema era grave y representaba un gran obstáculo para el desarrollo, puesto que entorpecía las posibilidades de lograr mayor bienestar económico.

En 1974, la adecuación del PNAC fue encomen-

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV54 54 15/06/2010 22:17:16

dada a uno de los médicos que más sabía de tema: el doctor Fernando Mönckeberg, quier tuvo la tarea de focalizar los recursos y hace más eficaz el programa. Junto a la dirección de Departamento de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Monckeberg estaba a cargo del Con sejo Nacional para la Alimentación y Nutrición (CONPAN), y la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN). El CONPAN fue su primera creación, y su objetivo era coordinar las políticas de los ministerios de Salud, Educación, Vivienda y Planificación, buscando mejorar las condicio nes de vida para eliminar las carencias nutricio nales. Sus alcances se describen más adelante.

Ese mismo año 1974, fue eliminado el aporto de los empleadores al financiamiento del PNAC el cual fue compensado con el aumento del IV/del 15 al 20%.

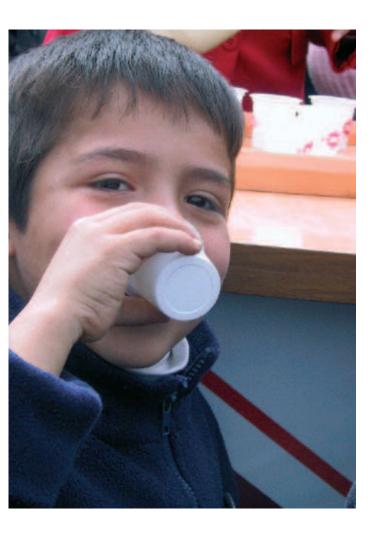
LA CORPORACIÓN PARA LA Nutrición infantil (conin)

Para enfrentar el tratamiento de la desnutrición se desarrollaron en Chile diferentes estrategias La gran mayoría de los niños desnutridos de país fueron tratados de manera ambulatoria er los centros de atención primaria y los más graves o con factores de riesgo sociales (insalubridad, hacinamiento) eran derivados a los hospitales. En estas instituciones la recuperación nutricional era compleja debido a las alteraciones metabólicas producidas por la desnutrición y las frecuentes infecciones secundarias que adquirían los niños desnutridos por sus problemas inmunitarios. A mediados de la década del setenta, un niño menor de un año con desnutrición grave, requería 2,8 hospitalizaciones al año y un total de 4 meses de hospitalización, lo que significaba una larga separación familiar y un alto costo asistencial. En este contexto, se hizo necesario desarrollar otras estrategias que permitieran un tratamiento integral de la desnutrición, estimulando la recuperación del desarrollo psicomotor, disminuyendo el número





Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV55 55 15/06/2010 22:17:57



de recaídas, integrando a la familia al proceso de recuperación del niño y a un menor costo.

Luego de comprobar el éxito del tratamient o en un centro cerrado de recuperación nutricional destinado exclusivamente a niños desnutridos, un grupo de académicos del INTA liderados por el doctor Monckeberg, creó en 1976, la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN). Esta es una institución privada con una red de centros dedicados a la recuperación de niños y niñas desnutridos. Se construyeron 33 centros CONIN distribuidos en todo Chile, lo que significó un aumento de 1.660 camas. El financiamiento de estos centros se obtuvo gracias a donaciones

privadas y un convenio con el Ministerio de Salud, que financiaba la mayor parte de los gastos de operación. Cada uno de los centros estaba a cargo de un médico pediatra y de un equipo multidisciplinario (nutricionista, enfermera universitaria, auxiliares de enfermería, educadora de párvulos, trabajadora social y administrador) apoyados por voluntarias de la comunidad. El sistema de centros de recuperación estaba integrado a la estructura sanitaria del país, lo que permitía que los niños evaluados en los centros de atención primaria u hospitales fuesen derivados oportuna y rápidamente. La internación promedio de los niños era de 3 meses y durante este período, además de alimentarse, el niño recibía estimulación psico-sensorial, fisioterapia y estimulación afectiva. Además, la madre del niño participaba activamente en el tratamiento, aprendiendo técnicas de alimentación y de cuidado de su hijo e integrándose a programas de planificación familiar.

En 16 años (1976-2002), CONIN recuperó 85.000 niños con desnutrición moderada y grave cuya mortalidad fue menor de 2%, cifra 26 puntos porcentuales inferior a la que había en los hospitales, en tanto, sólo el 1% de los niños requirió nueva hospitalización. El costo diario del tratamiento de los niños diminuyó en un 80%, comparado con el gasto hospitalario (US\$10 en el centro cerrado contra US\$52 en el hospital).

En la medida que se ha ido reduciendo la prevalencia de la desnutrición grave CONIN ha ido reduciendo también su infraestructura. El año 2000 disponía de 18 centros, con 522 camas, para la atención de los desnutridos primarios (CONIN tradicional), 8 de los cuales atienden en forma exclusiva o compartida a desnutridos secundarios (CONIN CREDES), con 148 camas adicionales.

En función de la situación epidemiológica actual, con menos desnutridos primarios y de menor gravedad, y el nuevo enfoque terapéutico, con menor tendencia a la hospitalización y mayor énfasis en acciones dentro de la familia, sin la separación del niño de su entorno, se hace

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV56 56 15/06/2010 22:17:58

imprescindible reevaluar las causales actuales de ingreso a CONIN y el tiempo de permanencia de los pacientes que ahí se controlan.²⁸

EL CONSEJO NACIONAL PARA LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (CONPAN).

Si bien desde sus inicios, ya en la época de las Gotas de Leche, la entrega de alimentos había estado ligada al control médico, éste no era un requisito obligatorio para obtenerla. Los controles de talla y peso se hacían exclusivamente a los lactantes y recién nacidos, y quedaba el resto de la población infantil a merced del criterio de las madres, que por lo general llevaban a sus hijos al consultorio sólo cuando pensaban que estaban enfermos. No existía entonces el concepto de "control sano" y la atención de salud que se prestaba a los niños era básica y no enfocada en los aspectos nutricionales.

La propuesta del CONPAN para superar el problema de la desnutrición contemplaba un enfoque multisectorial y multicausal del problema. No se trataba sólo de entregar leche y alimentos a la población, sino de abordar también una serie de medidas en otros aspectos relevantes, como control de salud, saneamiento ambiental e higiene en el hogar.

"Había que vacunar a la población contra una serie de enfermedades; conseguir que los partos se hicieran con personal profesional y en hospitales; tener controles del crecimiento y desarrollo de cada niño de este país; había que estimular la lactancia materna y hacer programas de educación en salud. Todo esto era navegar contra la corriente, porque la comunidad no tenía interés en los centros de salud. La madre no veía ningún beneficio en llevar al niño al consultorio ni hacer cola. Y entonces vino el programa de la Leche Purita, que tuvo un objetivo más grande

que la nutrición: conseguir que la madre llegara al consultorio regularmente".

Para hacer obligatorio que la población acudiera regularmente a los consultorios de salud a controlarse y no sólo a retirar los alimentos, en 1975 se estableció como requisito para recibir el beneficio de la leche la presentación del carné de control médico, con la talla y peso al día de cada uno de los beneficiarios. Sólo de esta manera podría llevarse a cabo un programa de vigilancia nutricional durante toda la niñez, de manera de detectar tempranamente los casos graves y tomar las medidas pertinentes.

Esta medida fue clave en el éxito del SNS, y puede decirse que la victoria de las estrategias de control sanitario se debió en parte al interés por la leche.

Como la gran mayoría del presupuesto de Salud se destinaba a los hospitales y una baja proporción a los consultorios, durante tres años el CONPAN destinó todo el presupuesto de Salud a los consultorios. La idea era crear una red de infraestructura de atención primaria que cubriera todo el país.

Más tarde, a partir de 1980, se empezó a usar el sistema de cartolas, mediante el cual las madres tenían un archivo de las atenciones pediátricas que recibían en los centros de atención pública.

El CONPAN a fin de captar a los niños desnutridos para intervenir en su dieta lo más pronto posible y llevar un control más estricto sobre su desarrollo, se dedicó a crear jardines infantiles en las poblaciones marginales. De acuerdo con las cifras de la época, la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), creada en el gobierno de Frei Montalva y el CONPAN levantaron casi 570 centros para menores.

Finalmente, el Consejo amplió las atribuciones de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) para que se distribuyeran, siempre en forma gratuita, desayunos y almuerzos a los niños que iban a las escuelas y liceos. Con esto

Pizarro, Tito; Rodríguez, Lorena y Atalah, Eduardo. "Diagnóstico de ingreso y evolución nutricional de los beneficiarios de CONIN". Revista Médica de Chile, vol. 9, 2003.

no sólo se cerró el círculo de apoyo, sino que se disminuyó notablemente la deserción escolar y se mejoraron los índices de calidad de la educación. La JUNAEB había sido creada en el gobierno de Alessandri Rodríguez.

Entre las primeras medidas que tomó el CONPAN estuvo la inscripción de la marca "Leche Purita" a nombre del Estado de Chile, lo que respondía a la necesidad de estandarizar los productos del PNAC bajo criterios de calidad únicos. De esta forma, la marca "Purita" estaría reservada para leche en polvo entera con 26 por ciento de materia grasa, la que debía ser consumida por embarazadas y lactantes hasta los 18 meses. Antes de esta homologación, las empresas vendían al PNAC los alimentos lácteos bajo sus propias marcas, lo que causaba confusión entre el público y limitaba la penetración de los productos.

De acuerdo con la estrategia ideada por el CONPAN, era muy importante que la población pudiese identificar y reconocer la marca estatal, independientemente de quien fuera el proveedor. Así se lograría reposicionar los productos del PNAC, dándoles una imagen de calidad. La inscripción de la marca Purita fue, también, una estrategia comunicacional para promover y estandarizar la leche que se entregaba gratuitamente.

El cambio al sistema económico de libre mercado provocó el auge de la empresa privada. Hubo privatizaciones de compañías, que hasta 1973 habían sido expropiadas o compradas por el Fisco. En el caso del sector lácteo, algunas de las antiguas cooperativas lecheras creadas durante el gobierno de Frei Montalva, que estaban en esta situación, fueron adquiridas por particulares. Fue el caso de CALO, que en 1981 fue comprada por Loncoleche, lo que le permitió consolidarse posteriormente en el mercado chileno como una de las grandes empresas lácteas.²⁹

Fieles a la ideología de la libre competencia, el

principio aplicado para el abastecimiento del PNAC fue que el Estado compraría al mejor postor la leche en polvo que necesitaba para distribuir entre la población. Ello incentivaría a las empresas para que compitieran entre sí, buscando adjudicarse las licitaciones del Gobierno, el cual se convertía en un cliente con alto poder de compra.

Nuevamente, al igual como venía sucediendo desde la década del 40, el PNAC tuvo un rol decisivo en el auge de la industria lechera, pues durante el gobierno militar influyó en su desarrollo y en el perfeccionamiento tecnológico del producto.

En cuanto a los sustitutos para preescolares, los proyectos de Superchil y Fortesán siguieron adelante, pero en manos de privados. La licencia de Superchil fue vendida por el Estado a la CALO, de cuya planta salieron las primeras partidas comerciales. Fortesán, en tanto, correspondía a una bebida láctea perteneciente a la empresa CRAV.

Fue a partir de 1975 que las mezclas proteicas ya desarrolladas por la industria comenzaron a entregarse a los preescolares entre dos y seis años a través del PNAC. Se calcula que para entonces, la empresa privada –que ya participaba activamente del proyecto- elaboró 16 mil toneladas de Fortesán y Superchil, que fueron usadas en los programas gratuitos del Gobierno, mientras otras mil toneladas se vendieron en el mercado.³⁰

Si bien el Ministerio de Salud fijaba los estándares nutricionales mínimos que debían tener estos alimentos, era posible alterar las fórmulas para buscar una mayor eficacia en los costos, ya que las ofertas económicas jugaban un rol importante en la adjudicación final.

Debido a sus menores costos de producción, muy pronto Fortesán logró imponerse por sobre el Superchil. Sin embargo, el producto tenía

58 • • • • •

²⁹ Archivo Watt's.

³⁰ González, Nicolás e Infante, Antonio. "Programas de Alimentación Complementaria del Sector Salud en Chile". Boletín 89. Organización Panamericana de la Salud, 1980.



graves inconvenientes: el sabor de la soya, que producía rechazo de los niños, unido a problemas de solubilidad.

El CONPAN fue disuelto en 1982, pero sus aportes interdisciplinarios en materia de mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población (agua potable, alcantarillado, electricidad), unido al éxito en el control sanitario y entrega de leche, tuvieron una influencia decisiva en el éxito posterior del Estado de Chile en su lucha contra la desnutrición.

EI PNAC BÁSICO Y DE REFUERZO

Aunque el concepto de focalización estuvo presente desde el inicio del programa con un criterio de vulnerabilidad biológica y social, no se formalizó sino hasta 1978, cuando surgió oficialmente el PNAC Focalizado. Éste consistió en la segmentación de los públicos y los productos, entregan-

do alimentos diferenciados según las necesidades nutricionales de cada grupo y, por supuesto, poniendo el énfasis en los grupos más vulnerables.

Bajo esta nueva concepción, el PNAC quedó estructurado en dos categorías de asistencia nutricional: el Programa Básico y el Programa de Refuerzo. El primero estaba destinado a la prevención del riesgo de desnutrición infantil y materna en niños normales; el segundo, al tratamiento de niños desnutridos, con problemas de malnutrición o en riesgo de desnutrirse.

A las familias de niños desnutridos, además de mayores cantidades de leche y mezclas proteicas, se les entregaría adicionalmente arroz para ser consumido por el resto de los integrantes, especialmente por las madres enflaquecidas. Esto, debido a que los estudios demostraron que, en las familias de más escasos recursos, se producía el fenómeno de dilución intrafamiliar, consistente en el consumo de la leche de los niños por parte

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV59 59 15/06/2010 22:18:02

de otros miembros de la familia, lo que reducía en forma importante el impacto nutricional.

Para el PNAC Básico, en el tramo de cero a seis meses se fomentó la lactancia materna; de 6 a 18 meses se entregó leche entera con 26% de materia grasa. Entre los 18 y los 71 meses se distribuyó leche semidescremada en polvo (12%) y productos formulados con cereales y otras fuentes de proteína.

Los escolares recibieron alimentos directamente en los establecimientos educacionales a través de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUN-JI) y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB).

EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS)

En 1979, según el Decreto Ley 2.763, se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que reemplazó al Servicio Nacional de Salud. Si la reforma de 1952 había significado la creación de un servicio único de salud, que centralizaba las funciones tanto de prestaciones como de la administración de los organismos, el sistema de salud diseñado por el Gobierno Militar seguía la dirección contraria, esto es, obedecía a los principios de descentralización y privatización de los servicios.

La principal crítica al modelo del SNS era que se había convertido en un enorme aparato controlador, que administraba, atendía y evaluaba la salud pública en Chile. La reforma fragmentó la atención en 27 unidades a lo largo del país, las que serían coordinadas por el SNSS. Sus objetivos fueron descentralizar y separar las funciones, abriendo espacios para la participación de capitales privados y empresas particulares en el sector salud.



Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV60 60 15/06/2010 22:18:11

Uno de los ejes del proceso fue el traspaso de autoridad de las 543 postas de salud y consultorios, hasta entonces manejadas por los servicios de salud, a las municipalidades. Su financiamiento sería provisto por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) a través de un sistema de pago por atención prestada.

El FONASA fue creado para emular el modelo de las cajas de seguridad social, en las cuales el trabajador ahorraba una parte de su salario, reservándolo para determinados fines.

La nueva institucionalidad estableció un porcentaje de cotización (primero el 4 y luego, el 7%) obligatorio e irrenunciable, destinado únicamente a atenciones de salud. Así, el costo de las atenciones sería cubierto por el FONASA y por el cotizante. Según su nivel de ingresos, la persona tendría distintos grados de cobertura. Este sistema público de cotizaciones fue complementado, en 1981, con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), empresas privadas que cumplían el mismo papel, con similares obligaciones.

La reforma de salud se vio reflejada en las políticas nutricionales y en los programas de alimentación complementaria.

LA CENTRAL NACIONAL DE ABASTECIMIENTO (CENABAST)

Durante el gobierno militar, un cambio importante de la reforma de la salud fue la aparición de la Central de Abastecimiento (CENABAST), organismo independiente al Ministerio de Salud que comenzó a hacerse cargo de los aspectos técnicos y la coordinación logística del PNAC, además de los procesos de licitación y adjudicación de las propuestas a los proveedores privados. Era responsable de la recepción, almacenamiento y distribución de los productos. De esta manera, la Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud se hacía cargo sólo de los aspectos técnicos del programa, descomprimiéndose así la excesiva carga logística que implica la mantención del PNAC.

EL INSTITUTO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LOS ALIMENTOS (ICYTAL)

El Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos (ICYTAL), organismo dependiente de la Universidad Austral, fue comisionado en 1983, para hacerse cargo del control de calidad a los productos del PNAC.

Éste se constituyó en un importante actor del PNAC. Las razones que motivaron esta medida fueron la detección, a comienzos de los años ochenta, de una serie de problemas en la recepción final de los productos del PNAC. Principalmente, se trataba de fallas en los envases, las que provocaban pérdidas de hasta un 5%, y problemas en el peso neto o en el nivel de humedad.

Sin embargo, el aporte del ICYTAL en el mejoramiento de los productos del PNAC fue mucho más allá de eso, puesto que además de prestar servicios para el control de calidad, trabajó en la mejora de los prototipos. En la práctica, funcionó como un centro de estudios e investigación en la materia, haciendo grandes aportes al desarrollo tecnológico de los productos del PNAC.

El ICYTAL compartía con el Ministerio de Salud la preocupación por la posible desvirtuación del PNAC. Si éste estaba concebido para beneficiar a los niños, tenía que ser pensado para ellos. No se podía correr el riesgo del rechazo por parte de los niños de algún alimento, porque entonces nada de lo avanzado hasta ese momento tendría sentido.

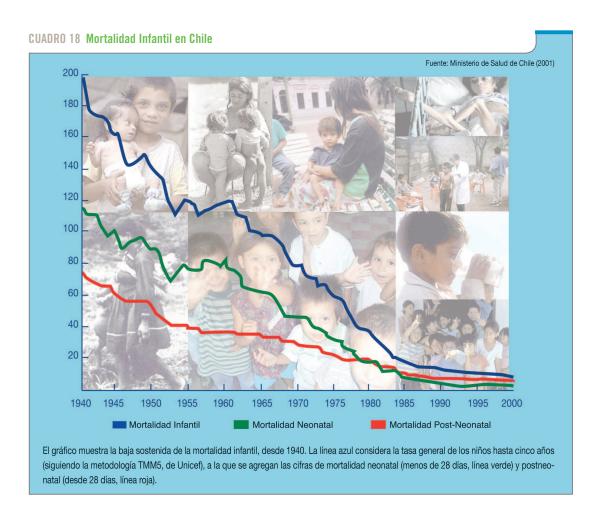
Para el caso de los sustitutos lácteos que se entregaban a los preescolares, a los que se habían agregado varios nombres más aparte de los conocidos Fortesán y Superchil, los niños habían comenzado a rechazarlos. Para corregir la situación, el ICYTAL optó por pedirles a las empresas que presentaran un prototipo previo de cada alimento, de modo que el organismo estudiara su composición y certificara que cumpliera con los requerimientos nutricionales y organolépticos exigidos. Más aún, el ICYTAL trabajó en el diseño mismo de los prototipos construyendo un modelo que, de tener buena aceptación en

los niños, implicaba un salto cualitativo respecto del anterior.

Se eliminó la soya y se determinó que el 80% de las proteínas debía ser de origen lácteo. Para ello autorizó el uso de suero de quesería, elemento de alto valor nutritivo y concentración proteica; se limitó el nivel de lactosa y se modificaron los niveles de fortificación con vitaminas y minerales. También se mejoró la calidad de las grasas, con más ácido linoleico y aceites vegetales.

El ICYTAL sugirió también a las empresas que el producto tuviera el nombre de leche y fuera básicamente leche. Los cereales adicionales debían utilizarse sólo para enriquecer el alimento, pero no como un sustituto del mismo.

Los aportes del ICYTAL se plasmaron en 1985, con el lanzamiento de Purita Cereal, la nueva marca de alimentos para preescolares hasta los seis años, estrenada por el PNAC. En 1974 cuando se lanzó la Leche Purita, se advirtió una mejor recepción del producto y un aumento de sus ventas en supermercados y tiendas, lo que hacía suponer que podría ocurrir lo mismo con el nuevo alimento. Purita Cereal era, en el fondo, una versión mejorada del Superchil que, a su vez, fue heredero de la antigua Fórmula Trigo-Leche creada en 1972 por el Comité Proteico Industrial. Se trataba de un producto de origen lácteo y vegetal, para los niños mayores de 18 meses y hasta los cinco años y 11 meses. Purita Cereal contiene un mínimo de 85% de proteínas



Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV62 62 15/06/2010 22:18:34

de origen lácteo teniendo como base leche entera a la que se agrega un leve sabor a vainilla.

Con este nuevo cambio en el PNAC, quedaban estandarizados finalmente los dos alimentos básicos: Leche Purita y Purita Cereal.

LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA A LOS SISTEMAS DE SALUD PRIVADOS

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) estaba financiado con dineros públicos por lo que entró en conflicto con la posible cobertura para el caso de los afiliados al sistema privado de salud (ISAPRES).

Se pensó en las diferencias que surgían por el hecho de estar afiliado a uno u otro sistema de salud, lo que significaba imponer un sesgo discriminatorio en el derecho ciudadano al apoyo a la nutrición. Al dejar a un grupo fuera, se ponía en riesgo la conciencia nutricional que había logrado desarrollarse en la población.

Fundamentados en el hecho de que el PNAC era principalmente una estrategia de salud pública y no de asistencia social, el Ejecutivo decidió, en 1987, incorporar también como beneficiarios del programa a los afiliados a ISAPRES o sistemas privados de salud, incluyendo a quienes se atendían en forma particular. De esta manera, todas las embarazadas, los niños menores de seis años y sus madres, tenían asegurado el acceso gratuito a los alimentos básicos y complementarios del PNAC, independientemente del sistema de cobertura de salud al que estuviesen inscritos. El único requisito sería la acreditación de controles médicos mensuales al día.

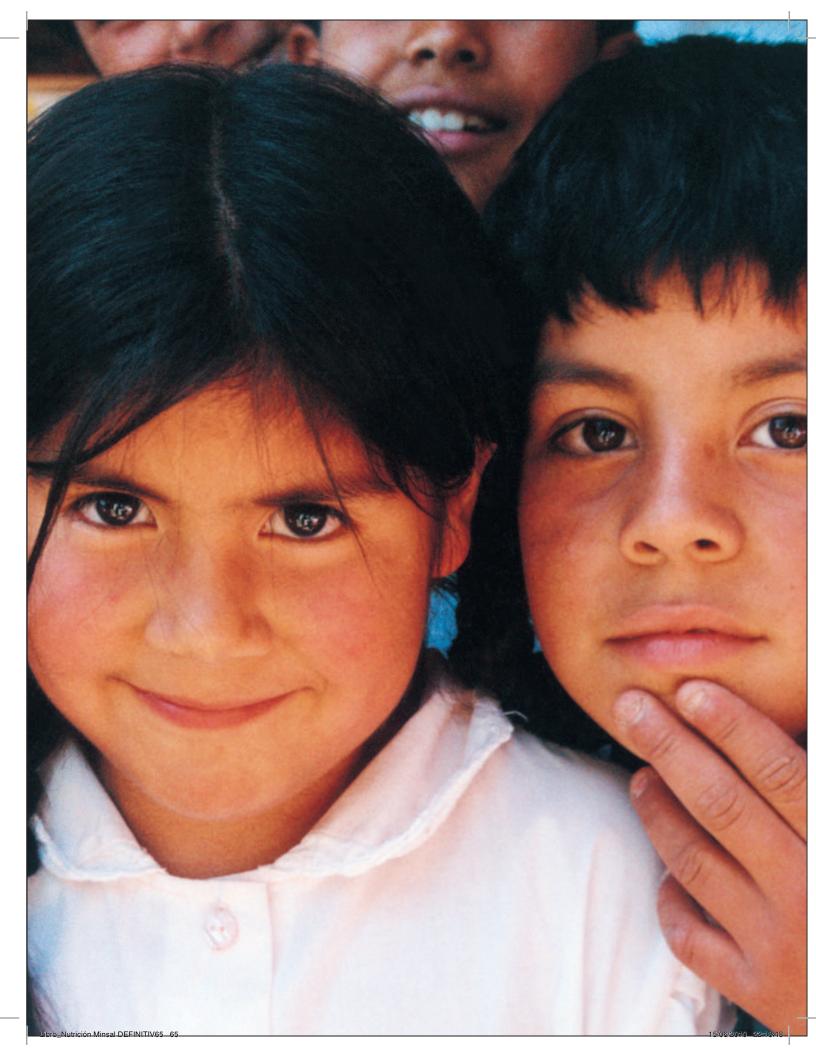
Durante el período 1979-1990, las tasas de desnutrición y mortalidad infantil disminuyeron significativamente. Mientras en 1979 la tasa de mortalidad infantil era de 37,9 por mil, dos años más tarde la cifra había disminuido en más de diez puntos, y en 1989 llegó a 17,1 por mil. Si se considera que en 1974, cuando comenzó el trabajo del CONPAN, la tasa fue de 65,2 por mil, el progreso fue evidente (Cuadro 18).



RAZONES DEL ÉXITO EN LA DERROTA DE LA DESNUTRICIÓN.

"El modelo chileno, basado en el énfasis en el bienestar social y en los servicios gratuitos para mitigar la desnutrición en un ambiente de subdesarrollo y pobreza persistentes, ha producido resultados sustancialmente buenos. Sirve para destacar la importante contribución que los servicios básicos de salud pueden hacer a la nutrición"

64





RAZONES DEL ÉXITO EN LA DERROTA DE LA DESNUTRICIÓN

A mediados del siglo XX, un tercio de los niños chilenos presentaba distintos grados de desnutrición. La mortalidad infantil, en 1950, era de 153,15 por mil, y la situación en el país no era diferente a la del resto de las naciones latinoamericanas, Argentina, Uruguay, Costa Rica, Honduras y Haití presentaban el mismo problema. En aquel tiempo, estos índices se convertían en un indicador más del subdesarrollo del continente.

Al comenzar el tercer milenio, Chile logra superar los problemas de desnutrición de la ciudadanía. La tasa de mortalidad infantil se situó por debajo de diez por mil en el año 2001, superando por mucho el promedio de la Región. Esto significa también que el país está cumpliendo

con los objetivos de la Declaración del Milenio, propuestos por las Naciones Unidas. La desnutrición crónica ya no constituye un "problema país". De hecho, la talla del chileno ha aumentado en diez centímetros entre 1952 y 2002, acercándose a la situación de desarrollo corporal de los habitantes de los países industrializados.

¿Cuáles son las causas de este cambio? ¿Qué hizo el país para lograr erradicar la desnutrición crónica, en cincuenta años, sin tener los niveles de desarrollo económico de los países industrializados, y habiendo sufrido dramáticos cambios a nivel político?

El análisis parcial de fenómenos sociales, no puede realizarse buscando una simple relación de causa efecto, o pretendiendo identificar un único factor responsable de éstos. A consecuen-

66 • • • •

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV66 66 15/06/2010 22:18:53

cia de ello, postulamos la influencia de una serie de factores, cuya relación puede ser considerada como un verdadero "Modelo Chileno de Intervención Social", con amplias implicancias nutricionales.

Algunos de estos factores que incidieron en la reducción de los índices de desnutrición, han sido el aumento de la población urbana, la disminución de la tasa de natalidad, el aumento de la educación formal y no formal, la mayor disponibilidad de agua potable, alcantarillado, luz eléctrica y el aumento de determinadas atenciones en salud.

En 1985, Gopalan (Brighton, 1985), establece que: "el modelo chileno, basado en el énfasis en el bienestar social y en los servicios gratuitos para mitigar la desnutrición en un ambiente de subdesarrollo y pobreza persistentes, ha producido resultados sustancialmente buenos, pero su replicabilidad en otros países donde no existen las facilidades mínimas de salud, parece poco factible. Sin embargo, la experiencia chilena, sirve para destacar la importante contribución que los servicios básicos de salud pueden hacer a la nutrición".

El caso chileno llama a un análisis más profundo, ya que puede constituir la evidencia de que es posible mejorar la salud y la nutrición, incluso en ausencia de un progreso sustancial en el plano económico. Esta experiencia, podría ser extraordinariamente importante para algunos países que se encuentran en situación de pobreza crítica, y que presentan altas tasas de desempleo y crecimiento poblacional.

La experiencia chilena ha demostrado ser exitosa a nivel nacional y ha colocado a Chile en un lugar privilegiado en América Latina, con un alto nivel de salud, baja prevalencia de desnutrición y baja tasa de mortalidad infantil. Los indicadores de desarrollo humano y social son muy superiores a lo esperable en un país con el ingreso económico de Chile. Pese a estos logros, persisten aún algunos grupos pobres que no tienen el acceso a una dieta de calidad, presentan



Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV67 67 15/06/2010 22:18:58

desigualdad en el acceso a la salud y tienen índices de calidad de vida bajo el nivel nacional. Los pobres (un 14% del total de la población) todavía aparecen como discriminados de los beneficios del desarrollo nacional. Una situación similar se presenta en poblaciones adultas y de senescentes, que sufren de enfermedades relacionadas con la sobre-alimentación y una mala composición nutricional, lo que unido a un alto sedentarismo han aumentado la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

El progreso social del país, tanto en áreas urbanas como rurales, ha tenido un impacto importante en la disminución de las tasas de mortalidad infantil y desnutrición, ya que ha facilitado el acceso poblacional a los servicios y recursos de salud, educación y nutrición. Paralelamente, ha habido una mezcla de intervenciones que se potencian mutuamente, como es el caso de la ligazón entre los controles de salud y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).

La verticalidad del sistema de salud, con planificación centralizada e implementación localizada, ha impuesto un modelo único para el total del país. La existencia de una autoridad central fuerte (Ministerio de Salud), aparece como una característica importante, que no suele darse en otras circunstancias y en otros países de la Región.

El armónico desarrollo de esta experiencia es el resultado de un intenso análisis crítico de la situación en cada etapa del desarrollo histórico, el que ha sido posible gracias a la contribución de especialistas en salud pública y nutrición, a la conciencia de la comunidad respecto de sus derechos de salud y la presión permanente que ejerce para lograrlos, y a la voluntad política de los diferentes gobiernos para asignar la prioridad adecuada al desarrollo del sector social y atender las necesidades básicas de la comunidad, especialmente de las madres, los niños y las niñas.

Los centros académicos jugaron un rol clave en el desarrollo de las políticas y los programas en Chile. Su contribución fue de diferentes y variados tipos como el entrenamiento en nutrición de profesionales de la salud, educación y agricultura, despertando su interés en problemas nutricionales a través de entrenamiento de pre y postgrado. Esto permitió dotar al país con recursos humanos motivados y calificados para ocupar posiciones de liderazgo en la administración.

Los grupos académicos hicieron una importante contribución al diagnóstico y al análisis de problemas nutricionales, y en el diseño de las estrategias más apropiadas de intervención, tanto a través de investigación básica como aplicada, y ellos han sido los responsables de evaluar la mayoría de los programas existentes.

Otra labor importante de las instituciones académicas ha sido hacer público su conocimiento en nutrición y acerca de la naturaleza, origen y consecuencias de los problemas nutricionales. Esto genera opinión pública en estas materias que a su vez ha asegurado su inclusión en la agenda de los líderes políticos y/o comunales.

La comunidad académica ha mantenido una permanente relación con las autoridades políticas y sectores gubernamentales a cargo de implementar los programas nutricionales. En efecto, hay múltiples ejemplos de miembros de esta comunidad que han ocupado puestos esenciales de decisión tanto para el funcionamiento de estos programas, como para la reorientación de la salud general y las políticas de desarrollo (Eduardo Cruz Coke, Jorge Mardones Restat, Fernando Monckeberg Barros, Francisco Mardones Restat, entre otros).

La influencia del sector académico en los políticos que toman decisiones ha tenido un efecto decisivo en la estructura de los programas nutricionales y en su permanencia a través del tiempo". ³¹

Aparte de las causas señaladas creemos que el éxito se debe también a la conjugación de las siguientes variables fundamentales: la intervención del estado, la continuidad y transversalidad de la política, la vinculación a la red estatal de

68 • • • •

³¹ Valiente, Sergio y Uauy, Ricardo. "Evolución de la Nutrición y Alimentación en Chile en el siglo XX". Revista Chilena de Nutrición, 2002.



consultorios, los aportes intersectoriales, la participación de la empresa privada, la disponibilidad del recurso elche, la integración institucional y el esattus de derecho asdquirido entre la población chilena.

LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO

Sin duda, la intervención del Estado es la primera y más importante razón del éxito. La experiencia demuestra que para superar la desnutrición los programas no pueden quedar en manos de la caridad o de la ayuda solidaria internacional, pues éstos sólo contribuyen a paliar la situación, pero no permiten a las sociedades un salto cualitativo hacia el desarrollo.

El hecho de que el PNAC sea una política estatal asegura la asignación estable de recursos públicos; sin embargo no es el financiamiento el principal escollo, como podría pensarse al momento de implementar una política. La mayor eficacia se alcanza con intervenciones focalizadas, que tengan continuidad de financiamiento, una eficiente administración y precisión en la entrega.

La Conferencia Internacional de Nutrición, realizada en Roma en 1992, declaró que ningún Estado puede pretender salir del subdesarrollo sin romper antes el primer eslabón de la cadena: la desnutrición y la mala alimentación de sus habitantes. Esta sentencia ha sido confirmada en sucesivas declaraciones de las Naciones Unidas, al punto de que la erradicación del hambre en el mundo se plantea como la primera prioridad entre los Objetivos del Desarrollo para el presente milenio. Del mismo modo, la OMS reconoce que subsanar los problemas de malnutrición debe ser un deber y una prioridad de los gobiernos.

En este sentido, las estrategias deben responder a una política social de largo plazo integrada al

proyecto país. La concepción de Estado que subyace a esta decisión es la que han venido sustentado todos los gobiernos de Chile, desde principios del siglo XX hasta la actualidad, esto es, la de un Estado subsidiario con sus aportes al bien común de la sociedad.

Por cierto, los medios y mecanismos que se ponen en juego para contribuir al bienestar de la sociedad varían de un país a otro, dependiendo de su grado de desarrollo y problemas específicos.

LA CONTINUIDAD Y Transversalidad política

Una de las claves en el caso de Chile ha sido la continuidad del programa a través de los distintos gobiernos. La necesidad de continuar entregando alimentos a la población ha tenido un consenso implícito tanto de las autoridades políticas como de las de salud. Mientras no se llegue a los estándares económicos deseados, esto es, a la capacidad de todos los habitantes

de llevar una vida digna, que asegure la satisfacción de las necesidades básicas, la suspensión en la distribución de alimentos, sería causal de un retroceso inmediato en los índices nutricionales.

En este sentido, la importancia asignada a la nutrición para mejorar el recurso humano del país, compartida por las distintas tendencias políticas e ideológicas, ha significado un consenso suprapartidario sobre la necesidad de la continuidad del programa. Más aún, cada gobierno, desde su particular concepción del Estado y la economía, ha contribuido a perfeccionar el sistema, hasta llegar a su formulación actual.

LA VINCULACIÓN A LA RED ESTATAL DE CONSULTORIOS

El PNAC ha estado asociado a una política nacional de control de salud de la población, a través de centros públicos de atención primaria o red estatal de consultorios. La desnutrición, como



10

sabemos, no se supera exclusivamente con la entrega de alimentos, sino que va asociada a una serie de otras medidas, entre las cuales la más importante es el control periódico de salud y la vigilancia del crecimiento y nutrición del niño. A esto se suman el mejoramiento de las condiciones de higiene en el hogar, el acceso a agua potable, alcantarillado y, en general las buenas condiciones medioambientales.

El programa de entrega de alimentos contribuyó en forma importante al aumento de cobertura de las acciones de fomento y protección del grupo materno-infantil y a la mejoría de los indicadores de salud. Estos logros fueron posible dado que la entrega de alimentos a través de los consultorios de salud atrajo a las madres a dichos centros, permitiendo la implementación de programas de planificación familiar, estimulación de la lactancia materna, cuidado y control del niño sano, programas de vacunación y educación nutricional, todo lo que, en su conjunto, colaboró en el desarrollo de una "cultura de la salud". Nada de esto hubiese sido posible sin el claro compromiso y la mística de los equipos de salud a lo largo de todo el país.

El desarrollo de la salud pública en Chile permite sostener que la implementación de políticas públicas para combatir la desnutrición debe estar ligada a otras iniciativas de salud, para hacer un abordaje integral del problema.

Si se considera que las mayores disminuciones en la tasa de mortalidad infantil se dieron en la década 1980-1990, cuando el programa fue focalizado, resulta evidente la importancia que adquiere contar con una red instalada para la eficiente distribución de los alimentos, a fin de hacerlos llegar puntualmente a los grupos objetivos. La red de consultorios fue fundamental, ya que, permitió la atención de localidades distantes del centro, apartadas o rurales.

El control de salud a través de los consultorios, ligado a la entrega de leche, permitió llevar un registro de información, que se convirtió en un factor central para el éxito del programa. En efecto, la calidad en la toma de decisiones se basa en la información disponible. Así, los ajustes, modificaciones, focalizaciones, ampliaciones o diversificaciones del PNAC fueron posible gracias a que se disponía de información válida y actualizada, de la cuantificación y caracterización demográfica de los grupos más vulnerables, tanto como de la magnitud del problema de desnutrición.

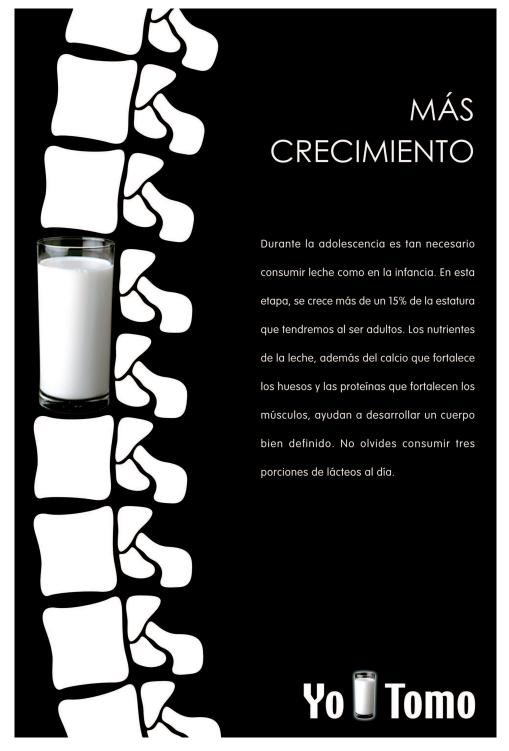
Los censos de población y vivienda, así como los estudios focalizados sobre necesidades básicas insatisfechas, permitieron dimensionar la demanda y estimar la magnitud de la intervención. La cantidad y calidad de información de salud existente en el país, obtenida tanto en los centros de atención primaria de salud, como en los centros de salud de mayor complejidad, han sido de especial importancia.

Además de las informaciones de los diagnósticos, que permiten focalizar y asegurar la pertinencia de los programas, los datos referidos a los logros de las intervenciones se constituyeron en un factor clave para la motivación de los entes comprometidos en el desafío –actores gubernamentales, técnicos, científicos y privados-, al comprobar estadísticamente el mejoramiento de la salud y su expresión en la reducción de las tasas de mortalidad. Así, el sistema de registro que creó el Ministerio de Salud a través de la red de consultorios y hospitales públicos ha sido otro factor que contribuyó de manera importante a los logros del PNAC.

LOS APORTES INTERSECTORIALES

El éxito del PNAC y la continuidad del programa se deben no sólo a la voluntad política de los gobiernos sino también al tesón y compromiso activo de otros actores de la sociedad. Entre éstos se destacan los aportes hechos por la comunidad médica y la academia, especialmente en las cátedras universitarias de medicina, pediatría y nutrición.

71



La colaboración de los productores de leche para la promoción del consumo de lácteos, a través de FEDELECHE, se ha materializado en las exitosas campañas publicitarias "Yo Tomo Leche" dirigidas a los segmentos juveniles de la población. En la figura afiche de campaña 2008.

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV72 72 15/06/2010 22:19:34

En este sentido los siguientes organismos creados en los años que se indican, contribuyeron al éxito de las políticas estatales de intervención nutricional:

- El Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1969.
- El Centro Tecnológico de la Leche, Universidad Austral de Chile, 1970.
- El Comité Proteico Industrial, 1970.
- El Departamento de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Sede Sur, Universidad de Chile, 1973.
- El Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición, 1974.
- El Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, 1976.
- La Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), 1976
- El Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos, Universidad Austral de Chile, 1983.

La creación del Departamento de Nutrición en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en el año 1969, al que se incorpora en el año 1970 la Escuela de Nutrición y Dietética nacida bajo el alero del Servicio de Salud, permitió el desarrollo y la formación en nutrición de todas las profesiones que conformaban la Facultad. Al mismo tiempo favoreció la creación de carreras de Nutrición en las diferentes sedes que la Universidad de Chile tenía en las regiones del país.

El grupo académico ha hecho importantes aportes en la formación de recursos humanos de pre y post-grado en el área de nutrición y en investigación relativa al diagnóstico de la situación nutricional de la población y al desarrollo y evaluación de los programas alimentarios.

En 1976 se creó en la Universidad de Chile el



Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) sobre la base del Departamento de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, el que continuó siendo dirigido por Fernando Monckeberg constituyéndose en el referente nacional en nutrición y alimentación del país.

El INTA constituye hasta hoy, el principal centro de investigación básica de nutrición y ciencias afines, líder en el área de diarrea y desnutrición infantil, endocrinología, anemias y micronutrientes, y una larga historia de estudios de los factores condicionantes de la alimentación, en especial la oferta, consumo y utilización biológica de los alimentos. Más recientemente ha ampliado su campo de acción a las enfermedades crónicas y al envejecimiento.

73



LA EMPRESA PRIVADA

La empresa privada también ha mantenido un compromiso activo, particularmente en el perfeccionamiento y desarrollo tecnológico de los productos. Ejemplo de ello son empresas como Nestlé y CALO, que desde la década del setenta han colaborado en el desarrollo a escala industrial de los prototipos de laboratorio, así como en la facilitación de equipos y plantas para las sucesivas pruebas que han debido hacerse, a tra-

vés del tiempo, para los cambios en la formulación de los productos.

La estandarización del PNAC Básico en dos productos centrales, la Leche Purita y la Purita Cereal, es un logro obtenido gracias a los aportes intersectoriales provenientes de la industria, los gobiernos y la comunidad científica. Cada uno, desde su particular ámbito de acción, sea el de la tecnología y la inversión, la autoridad y los estudios científicos, ha contribuido al éxito

74 • • • • •

global del programa. En otras palabras, se trata del compromiso activo de toda una sociedad por superar uno de los principales obstáculos al desarrollo.

LA DISPONIBILIDAD Del recurso leche

La disponibilidad del recurso leche es definitiva para el éxito de un programa de intervención nutricional. En Chile, tal como se ha señalado, el PNAC fue el principal responsable del desarrollo de la industria lechera en el país. En efecto, para cumplir adecuadamente las necesidades del programa, la demanda interna no podía depender de la ayuda internacional, por ello fue fundamental el aumento de la producción y el mejoramiento en la elaboración, preservación, transporte y distribución de la leche. El Estado jugó un papel activo en este sentido, incentivando a los productores privados a organizarse en cooperativas lecheras y financiando la construcción de plantas deshidratadoras.

La leche fue identificada como el alimento central del programa nacional de cuidado maternoinfantil, para continuar la lactancia luego del período de amamantamiento materno, por su aporte complementario a la dieta de proteínas, calcio y vitaminas del complejo B.

Chile no estuvo ajeno a la preocupación mundial por el acelerado crecimiento demográfico, unido al agotamiento de los recursos naturales, y por eso creó el Comité Proteico Industrial (CPI), en 1970, el cual marcaría el inicio del desarrollo industrial de alimentos formulados sobre la base de leche y cereales.

Sin embargo, la experiencia de otros países sugiere que la leche no puede ser, necesariamente, el alimento universal para superar los problemas de desnutrición. La elección del alimento debe obedecer a la disponibilidad de recursos de cada región, sus características culturales y hábitos alimentarios.

Para el caso de Chile, haber asegurado el abastecimiento de leche en forma autónoma constituye otra de las razones del éxito del PNAC.

LA INTEGRACIÓN INSTITUCIONAL

La integración institucional o una fuerte coordinación de los servicios para lograr un objetivo común es de importancia decisiva.

En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), lo que significó la unificación de los diversos servicios de salud existentes y su centralización en el ámbito político y administrativo. Esto permitió una ampliación de la cobertura y una modernización de los servicios de salud.

En 1974, debido al hecho de la persistencia de altos índices de desnutrición, se creó el Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición, organismo interministerial cuyo fin era coordinar las políticas de los Ministerios de Salud, Educación, Vivienda y Planificación.

Actualmente, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y la Fundación INTEGRA, aúnan sus esfuerzos para combatir la desnutrición, en el convencimiento de que la coordinación de distintas instituciones para lograr un objetivo común es más efectiva que la suma de los esfuerzos aislados.

En el mismo sentido, el rol que ha tenido la Central de Abastecimiento (CENABAST) ha sido clave en la operacionalización del Programa.

UN DERECHO ADQUIRIDO

La ciudadanía ha jugado también un rol fundamental en la continuidad de los programas de alimentación estatales, al haber elevado este beneficio a la categoría de un derecho de los chilenos y un deber de los gobiernos. Es así como el retiro masivo de la leche en los consultorios y la adhesión a las pautas de salubridad fijadas por el Ministerio de Salud –las que incluyen, entre otras indicaciones, la manipulación, el consumo y la preparación de alimentos-, se han constituido en un derecho de la población que reacciona fuertemente ante cualquier amenaza de suspensión del beneficio. Este interés ha redundado no sólo en un aumento sistemático de los recursos del Estado para sus intervenciones nutricionales, sino también en su constante perfeccionamiento.

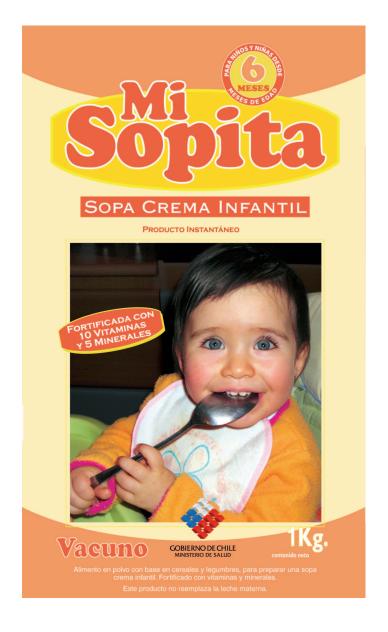
La superación de las carencias nutricionales en países en vías de desarrollo es posible aún en tiempos en que no se observa un progreso económico sustantivo y esto es de gran importancia, ya que permite romper el círculo vicioso de subdesarrollo / malnutrición / subdesarrollo.

LOS PROGRAMAS ALIMENTARIOS EN EL PRESENTE

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (PNAC).

El PNAC ha continuado siendo un conjunto de actividades de apoyo nutricional, de carácter preventivo y de asistencia, a través del cual se distribuyen gratuitamente productos lácteos y otros alimentos básicos para niñas, niños, embarazadas y nodrizas del país. Su objetivo es la protección de la salud de la madre durante el embarazo, el fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, la reducción de la prevalencia de bajo peso al nacer, y servir como ente articulador para la intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de enfermedades crónicas.¹

El PNAC en sus programas Básico y de Refuerzo



está dirigido a dos categorías de asistencia nutricional: el primero, destinado a promover el óptimo desarrollo y crecimiento desde la gestación, a fomentar estilos de vida saludable y a la prevención de las enfermedades vinculadas a la nutrición infantil y materna, y el segundo, al tratamiento de las carencias de las mujeres, niños y niñas con problemas de malnutrición.

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV76 76 15/06/2010 22:20:28

¹ Riumalló, José; Pizarro, Tito y otros. "Programas de Suplementación Alimentaria y de Fortificación de Alimentos con Micronutrientes en Chile". Cuadernos Médico-Sociales, Colegio Médico de Chile, vol. 1, 2004.

El Programa Básico entrega, mensualmente dos Kg. de Leche Purita Fortificada, desde el nacimiento hasta los 17 meses de edad, dos Kg. de Purita Cereal Fortificada entre los 18 y 23 meses, y un Kg del mismo producto entre los 24 y 71 meses. Las embarazadas reciben un Kg. mensual de Purita Mamá.

El Programa de Refuerzo entrega mensualmente entre los 3 y 5 meses de edad tres Kg. de Purita Fortificada más un Kg. de Mi Sopita, agregándose un Kg. de Mi Sopita entre los 6 y 11 meses. Entre 12 y 17 meses se reduce la Purita Fortificada a 2 Kg. y entre los 18 y 71 meses se reemplaza por dos Kg. de Purita Cereal Fortificada, manteniéndose el aporte de Mi Sopita. En las embarazadas se entregan tres Kg. de Purita Mamá y en las nodrizas un Kg. del mismo producto.

La situación epidemiológica por la que atraviesa Chile, ha exigido al PNAC adaptarse a las nuevas necesidades. Es así como se han creado subprogramas, desarrollado otros productos y ajustado el perfil nutricional de productos tradicionales del programa (Cuadro 19).

CUADRO 19 Principales cambios en el PNAC desde el año 2003

- 2003 PNAC de Refuerzo, sustitución de arroz por Mi Sopita para menores de 6 años y Leche Purita Fortificada para embarazadas.
- 2003 Creación PNAC Prematuros y PNAC para fenilquetonúricos.
- 2004 Modificación formulación de Purita Cereal
- 2008 Extensión cobertura PNAC para fenilquetonúricos desde 14 a 18 años, e incorporación embarazadas con esta patología.
- 2008 Reemplazo de Leche Purita Fortificada por Purita Mamá para embarazadas y nodrizas hasta el sexto mes post parto.
- 2010 Incorporación de nuevos productos en 5 nuevas enfermedades metabólicas

El producto Mi Sopita, fue diseñado en reemplazo de la entrega de arroz dirigido a niños en riesgo nutricional y desnutridos entre 6 y 71 meses. Es un producto alimenticio instantáneo (sopa o crema), elaborado a partir de leguminosas y ce-

reales, y enriquecido con vitaminas y minerales. Mi Sopita es un alimento de alta calidad nutricional, especialmente formulado, como alimento complementario para los menores con déficit nutricional.

A partir del año 2003 se generan dos nuevos programas focalizados y específicos para complementar carencias nutricionales particulares: el PNAC Prematuros y el PNAC para niños y niñas con fenilquetonuria. El primero está dirigido a prematuros con peso de nacimiento inferior a los 1500 gramos y menores de 32 semanas de gestación. El segundo, para niños y niñas portadores de fenilquetonuria, enfermedad metabólica que impide – de por vida - asimilar el aminoácido fenilalanina, con el consecuente deterioro de la función intelectual si la patología no es tratada con alimentos exentos de este aminoácido.

El PNAC Prematuros entrega hasta los 12 meses de edad (corregida por edad gestacional) fórmulas para prematuros o fórmulas modificadas de continuación para el segundo semestre de la vida. Si existe displasia broncopulmonar, reciben fórmula de prematuros hasta los 12 meses de edad corregida. Para retirar el producto los beneficiarios deben cumplir, en el consultorio correspondiente, con los controles establecidos en las normas técnicas del Ministerio de Salud. Los menores que se encuentran hospitalizados por períodos prolongados en establecimientos que no son dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud son también beneficiarios de este programa.

Los prematuros al cumplir 12 meses, dejan de ser beneficiarios de este programa especial, y acceden al PNAC Infantil, recibiendo los beneficios según edad gestacional corregida, prolongándose, sólo en estos casos, la entrega de Leche Purita Fortificada, hasta los 24 meses de edad.

Respecto al PNAC para niños y niñas con fenilquetonuria, acceden a sustitutos lácteos libres de fenilalanina, quienes hayan sido diagnosticados al momento de nacer o también en diagnósticos tardíos, los que son menos frecuentes. La cober-



tura de este programa hasta el año 2007, fue hasta los 14 años de edad.

Durante el año 2007, se demostró que el grupo inserto en este programa mantiene un crecimiento y desarrollo igual a aquellos niños que no presentan esta enfermedad metabólica.² En múltiples estudios se ha comprobado que el

78 • • • • •

Cornejo V. y Raimann E. "Diagnóstico, clínica y tratamiento de la Fenilquetonuria (PKU)". Revista Chilena de Nutrición, vol. 31, 2004.

abandono de la dieta en edad escolar provoca un deterioro de las funciones cognitivas manifestándose en una baja en el rendimiento intelectual. El objetivo final es que estos niños y niñas, como en otras patologías crónicas, lleguen a ser adultos autónomos.

A contar del año 2008 el programa amplía su cobertura para los niños y niñas con fenilquetonuria hasta los 18 años de edad, a fin de apoyar el desarrollo de estos beneficiarios hasta que completan su educación escolar y pueden insertarse en el mundo laboral, estando así en condiciones de autofinanciar su tratamiento.

El reconocimiento del impacto de esta enfermedad en el desarrollo fetal en embarazadas con fenilquetonuria sin la adecuada intervención dietoterapéutica, hizo que se extendiera el programa a este grupo, independientemente de su edad. Los beneficiarios deben cumplir con un protocolo de seguimiento establecido por el Ministerio de Salud y el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, en el que son controlados periódicamente a través de evaluaciones metabólicas, nutricionales y de desarrollo psicomotor.

El proceso de modernización de los alimentos del PNAC continuó con la reformulación de la Purita Cereal Fortificada. Este producto redujo el contenido de materia grasa de 26% a 18% con la consecuente disminución en el aporte calórico. Se modificó cualitativamente el perfil lipídico con una grasa de mejor calidad, al especificar por primera vez los niveles máximos de ácidos grasos trans y saturados. Se estableció un máximo de 10% de calorías y el aumento de la participación de ácido linoleico, de 4% a 5% del valor calórico de la fórmula. Se incrementó el aporte de calcio, de 500 a 900 milígramos por cada 100 gramos de producto.

A contar del segundo semestre del año 2008, el Ministerio de Salud incorporó en el PNAC la Bebida Láctea para mujeres embarazadas y madres que amamantan, bajo la marca Purita Mamá. Este alimento, que reemplaza la entrega de Leche Purita Fortificada a este grupo

de beneficiarias, corresponde a un producto con menor contenido de grasa total y sodio, fortificado con vitaminas, minerales y que incorpora ácidos grasos omega-3, específicamente Ácido Eicosapentanoico (EPA) y Ácido Docosahexaenoico (DHA) preformado. Este último es un nutriente esencial para el desarrollo cerebral y retiniano del feto y del recién nacido.³

La alta cobertura del PNAC en las embarazadas del país y de mujeres que mantienen una lactancia materna exclusiva los primeros meses de la vida, ofrece una importante oportunidad para disminuir la brecha nutricional existente, ya que la evidencia científica ha demostrado que en Chile la ingesta de DHA por estos grupos de población no alcanza al 25% de las recomendaciones internacionales.⁴, ⁵

La incorporación de Purita Mamá en el PNAC, marca un hito, en el que Chile se sitúa a la vanguardia en la incorporación de un producto funcional a una política pública. Purita Mamá permite atender a las mujeres embarazadas, con un producto formulado especialmente para responder a la demanda nutricional de ese período y proyectado para triplicar la ingesta actual de DHA, con el fin de optimizar el aporte de dicho nutriente durante la gestación.

Es importante destacar que Purita Mamá entrega por primera vez en la historia del PNAC, un beneficio focalizado especialmente para las madres que amamantan, hasta el sexto mes post parto, con un producto que además de entregar beneficios nutricionales para la madre, permite a

79

³ Sanhueza, Julio; Nieto, Susana and Valenzuela, Alfonso. "Acido Docosahexaenoico (DHA), Desarrollo Cerebral, Memoria y Aprendizaje: La importancia de la Suplementación Perinatal". Revista Chilena de Nutrición, vol. 31, 2004.

⁴ Gaete M.; Atalah E. y Araya J. "Efecto de la suplementación de la dieta de la madre durante la lactancia con ácidos grasos omega 3 en la composición de los lípidos de la leche". Revista Chilena de Pediatría, vol. 73, 2002.

⁵ Atalah E, Araya M, Rosselot G al. Efecto de una bebida láctea con DHA en la composición de ácidos grasos del glóbulo rojo, de la leche materna y en el recién nacido. ALAN, 2009: 59: 271-277.



través del aporte de DHA, mejorar la calidad del contenido de este nutriente en la leche materna, y así beneficiar el desarrollo de las potencialidades del niño y la niña que se amamanta.⁶

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Complementaria del adulto mayor (pacam).

A partir de los resultados del estudio piloto sobre calidad de la alimentación de los adultos mayores en comunas pobres de la Región Metropolitana, hecho en 1997, se creó en 1999 el

Gaete M.; Atalah E. y Araya J. "Efecto de la suplementación de la dieta de la madre durante la lactancia con ácidos grasos omega 3 en la composición de los lípidos de la leche". Revista Chilena de Pediatría, vol. 73, 2002. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), cuyo objetivo principal es prevenir y tratar las carencias nutricionales de las personas de la tercera edad. Los beneficiarios son adultos mayores de 70 años y más, y adultos con tratamiento por tuberculosis de 65 años y más. Asimismo, son beneficiarios adultos mayores de 65 y más en situación precaria, del programa estatal Chile Solidario, y los adultos mayores de 60 años y más, acogidos por el Hogar de Cristo.

El año 1999 el programa atendió a casi 40 mil ancianos entregando dos kilos mensuales de Crema Años Dorados, producto elaborado con cereales y leguminosas, enriquecido con micronutrientes y fibra, y que se presenta en cuatro variedades (lentejas, arvejas, espárragos y verduras). Cuatro años después su cobertura

0 • • • •

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV80 80 15/06/2010 22:20:37

⁷ Atalah E, Benavides X, Avila L, Barahona S, Cárdenas A. Características alimentarias de adultos mayores de comunas pobres de la Región Metropolitana. Rev Méd Chile 1998; 126: 489-96

nutricional y de salud llegó a 200 mil⁸ beneficiarios.

A contar del año 2005 se introdujo un kilo mensual de una bebida láctea especialmente formulada para el adulto mayor en reemplazo de un kilo de la Crema Años Dorados. Este producto en polvo sobre la base de leche y cereales, es reducido en lactosa, bajo en grasas y sodio, y fortificado con vitaminas y minerales. Ha tenido una excelente aceptación y consumo, aumentando el número de beneficiarios a cerca de 387 mil personas y ha permitido mejorar la cobertura nutricional de los micronutrientes más limitantes en la alimentación de este segmento de población. 9 10

⁸ Riumalló, José; Pizarro, Tito y otros. "Programas de Suplementación Alimentaria y de Fortificación de Alimentos con Micronutrientes en Chile". Cuadernos Médico-Sociales, Colegio Médico de Chile, vol. 1, 2004.

⁹ Masi, Celia and Atalah, Eduardo Análisis de la aceptabilidad, consumo y aporte nutricional del programa alimentario del adulto mayor. Rev. méd. Chile2008; 136: 415-422.

¹⁰ Ramos R, Atalah E. Efecto del consumo de un complemento alimentario en la concentración plasmática de cinc en adultos mayores residentes en Santiago de Chile. Rev. méd. Chile 2007; 135: 1015-1024



LA NUTRICIÓN DESDE 1990 Y LOS NUEVOS DESAFÍOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

"La carga de mortalidad, morbilidad y discapacidad atribuible a las enfermedades no transmisibles es más pesada, y tiende a aumentar, en los países en desarrollo, donde las personas afectadas son como pro-medio más jóvenes que en los países desarrollados y donde se registra el 66% de las muertes causadas por dichas enfermedades."

Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, OMS 2004





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. La coexistencia de desnutrición y obesidad ha sido una de las características principales de los períodos de transición. En los años 90, empezó el predominio de la obesidad, con una dieta de alto contenido de grasas derivadas de productos animales, azúcar refinada, sal, alimentos procesados, y un menor consumo de fibra. Esta etapa corresponde a la post transición nutricional, en la que nos encontramos actualmente.1

Departamento de Información y Estadísticas, MINSAL 2009

En la década de los años 70, el 17% de las muertes se producía por enfermedades cardiovasculares y el 12% por cáncer; en el año 2008 los principales problemas de salud eran los cardiovasculares y el cáncer, que suman en conjunto más de un 50% del total de las muertes. Las defunciones por enfermedades infecciosas y perinatales bajaron a menos de un 3%. ²

La obesidad es actualmente una epidemia en incremento a nivel mundial. Ésta ha ascendido en más de un 75% en todo el mundo desde 1980. La OMS calcula que en el año 2015 habrá aproximadamente dos mil trescientos millones de adultos con sobrepeso, y más de setecientos millones con obesidad. Lo que afecta tanto

² Ministerio de Salud. http://deis.minsal.cl/deis/ev/index.asp, 2009

CUADRO 20 Tendencia de la obesidad en menores de 6 años controlados en el Sistema Público de Salud 9.6 10 9.4 9.4 9 8 7.4 7.4 7 6.0 5.8 6 95 96 97* 98 99 0 1 2 3 4 5 6 8 9 * El año 2007 se implementa en Chile el nuevo patrón de de la OMS, que es más exigente en la evlaución nutrcional de los menores de 5 años. Fuente: DEIS, MINSAL.

a adultos como a niños, constituyéndose en un problema de salud pública que impacta en la calidad de vida de la población en general.

Según los censos nutricionales que realiza semestralmente el Ministerio de Salud en la población bajo control la obesidad afecta al 9,4% de los niños y niñas menores de 6 años³ (Cuadro 20). En preescolares sobrepasa el 10%, aumentando en forma importante por cada año de edad: 11% de 3 a 4 años, 14% de 4 a 5 años⁴; y 21, 8% en escolares de primer año básico.5

La Encuesta Mundial de Salud Escolar 2004 -2005 encontró en estudiantes de 13 a 15 años de colegios municipales y subvencionados en cuatro regiones del país (Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana y del Bío Bío) una prevalencia de sobrepeso entre 24,8 y 28,4%, y de obesidad, de 6,7 a 8,1%, sin diferencias por sexo.⁶

En adultos y adultos mayores la obesidad es cercana al 25%, siendo importante señalar que un 2,7% de las mujeres adultas presenta obesidad mórbida, característica que no se observaba años atrás⁷ Encuesta Nacional de Salud 2003. La alta prevalencia de obesidad en las mujeres se

85

Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile.

GESPARVU Sistema Informático JUNJI.

Mapa Nutricional, JUNAEB, 2009.

Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile. "Encuesta Mundial de Salud Escolar Chile, 2004 y 2005".

Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile. "Encuesta Nacional de Salud, 2003".

observa también en las embarazadas alcanzando 20%.8 (Cuadro 21).

Otro factor de riesgo importante en el desarrollo de enfermedades crónicas lo constituye el que sólo el 10% de la población adulta de Chile, realiza actividad física regularmente, lo que representa otro gran desafío de salud pública revertir esta situación .9 (Cuadro 22).

La alta prevalencia de obesidad y sobrepeso pone en grave riesgo la salud de la población chilena. Los adultos obesos tienen tasas más elevadas de morbi-mortalidad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), colelitiasis e hipertensión arterial (HTA). La Encuesta Nacional de Salud 2003 muestra valores de riesgo cardiovascular global hasta de un 50%. (Cuadro 23).

La Diabetes Mellitus 2 y la Hipertensión Arterial, enfermedades asociadas a la obesidad, implican una importante carga económica y

social para los países. Los avances en la investigación científica han logrado identificar los principales factores de riesgo asociados a estas enfermedades, y aquellas intervenciones que logran reducir los riesgos de mortalidad y de aparición de complicaciones invalidantes. En este sentido, la prevención primaria se considera el mejor curso de acción costo - efectivo, viable y sustentable en el tiempo para enfrentar la epidemia de enfermedades crónicas (EC) a nivel mundial.

El propósito de la prevención es mejorar la situación de salud de la población y, el objetivo general, es disminuir la mortalidad y morbilidad por las EC. Considerando que éstos se alcanzan en el largo plazo, y que la modificación de los factores de riesgo pueden contribuir a su cumplimiento, es recomendable establecer objetivos intermedios. Entre ellos, reducir la prevalencia del tabaquismo, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la obesidad, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, y promover la detección precoz, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes con obesidad y otras EC.

CUADRO 21 Estado nutricional de la embarazada según grupo de edad (2006-2008)

Edad de años	Bajo peso			Sobrepeso			Obesidad		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Total	7,7	7,5	7,5	31,6	31,5	31,9	19,4	20,0	20,0
Menos de 15 años	15,3	16,7	15,4	21,1	21,8	19,1	7,0	4,5	6,7
15 a 19 años	14,0	13,8	14,4	24,0	24,6	24,5	9,2	9,4	9,4
20 a 34 años	6,4	6,1	6,1	33,0	32,6	33,1	20,8	21,7	21,8
35 y más años	2,8	2,5	2,7	38,3	38,9	39,4	31,6	31,4	30,2

Al igual que en otros grupos poblacionales se observa una baja prevalencia de déficit de peso en las embarazadas, y alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. Hay una fuerte asociación entre el estado nutricional y la edad materna, presentando las mujeres mayores de 35 casi 5 veces más obesidad que las menores de 15.

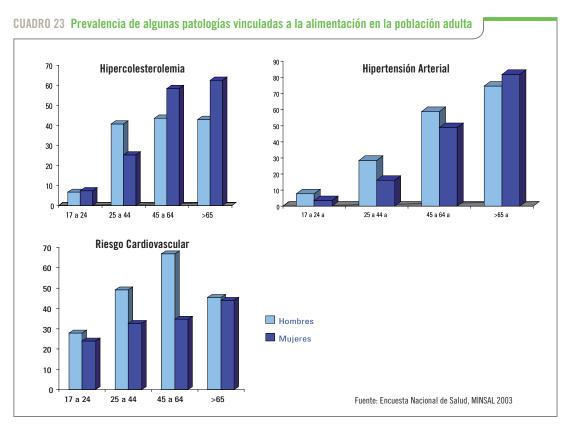
Fuente: DEIS, MINSAL

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV86 86 15/06/2010 22:20:53

³ Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL 2008

⁹ Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile. op.cit.

CUADRO 22 Actividad física al menos 30 minutos tres veces a la semana según sexo, edad y nivel socioeconómico. % 10.8% 3 o más veces por semana 30 12.7% 1 a 2 veces por semana 25 3.7% Menos de 1 vez por semana 20 No practica deporte 15 10 5 0 15 a19 20 a 44 45 a 64 65 a 74 75 y más Sexo Edad NSE del hogar Fuente: Encuesta Nacional de Calidad e Vida, MINSAL 2006.



87

En este capítulo se presentan las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud en relación a la modernización de los programas alimentarios, los antecedentes epidemiológicos y las estrategias para combatir la obesidad y otras enfermedades crónicas.

OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DÉCADA 2000-2010.

En enero del año 2002, durante el gobierno de Ricardo Lagos, el Ministerio de Salud estableció los "Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010". Este instrumento estuvo destinado a orientar en el mediano y largo plazo, las políticas, estrategias, planes y programas del sector.

El documento fue preparado por encargo de la Ministra de Salud, doctora Michelle Bachellet, en el contexto de las comisiones de reforma sectorial.

La formulación de los Objetivos Sanitarios fue el punto de partida de la reforma del sector. Los problemas de salud que afectan a la población se situaron como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias. El resultado de este proceso mostró que Chile enfrentaba cuatro desafíos sanitarios:

- El envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica.
- Las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de distinto nivel socioeconómico.
- Las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad chilena.
- 4. El mantener los logros sanitarios alcanzados.

Estos factores involucran cambios en la provisión de servicios sanitarios, tanto en su composición, como en las formas de entregarlos. Es necesaria su adecuación a los requerimientos técnicos, así como a las exigencias de los usuarios, cada vez más conscientes y exigentes de sus derechos.

De estos desafíos se derivaron los cuatro objetivos sanitarios para la década 2000-2010:

- 1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- 3. Disminuir las desigualdades en salud.
- Proveer servicios acordes a las expectativas de la población.

Estos objetivos tienen como fin mejorar la salud de la población: prolongar la vida, los años de vida libres de enfermedad, reducir las desigualdades en salud y mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

Una vez que fueron definidos los objetivos y metas en cada ámbito, correspondió a las unidades técnicas del sector el diseño de políticas y estrategias, y su implementación en planes y programas de intervención. Éstos incluyen las garantías explícitas en salud (GES), inicialmente conocidas como AUGE.

Este sistema identifica los problemas de salud más frecuentes que padecen los chilenos y asegura, respecto de ellos, la atención médica y un máximo del co-pago por parte del usuario por esa atención.

EVALUACIÓN DE OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA.

Transcurrida la mitad del período de implementación de las políticas y estrategias para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios, se hizo necesaria una evaluación parcial que permitiera

88 • • • •



conocer el nivel de logro alcanzado y revisar las estrategias tendientes a su consecución.

El primer objetivo en el ámbito de la Salud Infantil "Mejorar los logros sanitarios alcanzados" muestra un claro avance.

Entre 1999 y 2004 la tasa de mortalidad infantil bajó en 1,7% (de 10,1 a 8,4 respectivamente). El año 2003 llegó a su punto más bajo, 7,8 por mil nacidos vivos (NV). Ese año se dictaron normativas destinadas a mejorar el registro de las muertes de los menores de un año, evitando la omisión de las defunciones de niños de muy bajo peso de nacimiento. Ello impactó la mortalidad infantil, elevándola el 2004 a 8,4 por mil NV cifra que se ha mantenido ya que el 2007 fue de 8,3. Con esta cifra, se alcanza un 65% de la

meta propuesta para el 2010 (7,5 por mil NV). 10 (Cuadro 39).

La obesidad en infantes menores de 6 años y embarazadas, atendidos en el sistema público, se ha mantenido estable en los últimos años. Si bien, no se observa un descenso de la prevalencia, como establecen las metas para el 2010, es importante destacar que éstas no han aumentado, como ocurrió entre 1994 y 1999. Así, la obesidad en niños entre 2 y 5 años, se ha mantenido estable en 10% entre los años 2000 y 2005, según los datos proporcionados por la JUNJI. Sin embargo, para la evaluación de la meta (en

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV89 89 15/06/2010 22:21:01

Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de Chile. "Comportamiento de la mortalidad infantil durante la década 1995-2004: tendencia al descenso e integridad del registro", 2006.



menores de 6 años), se consideró más adecuado utilizar los datos que entrega la vigilancia nutricional que realiza el MINSAL, con un universo algo más amplio y heterogéneo. En éste se observa que la obesidad en menores de 6 años se mantiene en 9,4% en el 2009 con un leve descenso respecto al 2007.

Los niños de primero básico, mantuvieron una prevalencia de obesidad alrededor del 17% hasta el 2004; sin embargo en el 2005, sube a 18,5%, lo cual implica un retroceso en este objetivo.

La prevalencia de obesidad en las embarazadas bajo control, se mantiene en alrededor del 32%, con un ligero descenso en el 2004.

LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003 (ENS).

Las encuestas de salud de la población adulta son una pieza fundamental para la planificación y evaluación de los programas de salud, particularmente en una población como la chilena, en la que las enfermedades crónicas son las primeras responsables de las condiciones de enfermedad, invalidez y muerte. No existe otro sistema de información que pueda entregar un diagnóstico oportuno de estas patologías.

En los países desarrollados se realizan encuestas de salud periódicas desde hace 20 años. En Sudamérica, Chile es el primer país que dispone de una encuesta nacional completa de las enfermedades prioritarias del adulto, con muestras biológicas y seroteca, poniéndose a la cabeza de los países en desarrollo en esta materia.

La ENS 2003 fue un examen de salud voluntario, a una muestra representativa de la población mayor de 17 años de todo el país. Estas personas habían participado en el año 2000 en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del MINSAL y fueron invitadas a participar en esta encuesta de salud en el año 2003 (submuestra de la ECV). El protocolo de la encuesta fue sometido a la revisión de los comités de ética del Ministerio de Salud y de la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

La muestra estuvo constituida por 3.619 personas, que fueron examinadas en su domicilio, para medir su condición nutricional, presión arterial, examen de visión, audición, y examen buco-dental. Además, se indagó sobre síntomas o signos de algunas enfermedades prevalentes en los adultos y se obtuvo muestras de sangre y orina para examinar perfil lipídico, glicemia, hemoglobina, antígeno prostático y función renal.

La medición de estos problemas se llevó a cabo a través de cuestionarios, mediciones fisiológicas y exámenes de laboratorio. Todas las encuestas,

90 • • • •

instructivos y formas de consentimiento fueron sometidas a pruebas de lenguaje en población de nivel socioeconómico medio y bajo.

Con el objetivo de probar el proceso completo del trabajo en terreno y la toma de mediciones, se realizó un estudio piloto en comunas urbanas y rurales de la Región Metropolitana y de la VI Región.

Los resultados generales confirman el carácter prioritario de problemas de salud del adulto asociadas a la obesidad, patologías que afectan a más del 25% de la población chilena adulta. Particular relevancia tiene el bloque de enfermedades cardiovasculares que muestra que más de la mitad de la población adulta chilena tiene un riesgo cardiovascular alto o muy alto, con elevadas tasas de hipertensión, sobrepeso y obesidad, dislipidemia y tabaquismo.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003 confirman la necesidad de reforzar las estrategias de promoción y prevención sectoriales e intersectoriales, con un amplio compromiso social para ello, y de orientar el sistema asistencial para la adecuada resolución de las enfermedades crónicas no transmisibles que se gestan desde la vida intrauterina y se manifiestan tempranamente en la infancia.

EL PLAN NACIONAL DE Promoción de la Salud y el Consejo nacional vida Chile.

Durante 1997, el Ministerio de Salud puso en marcha el Plan Nacional de Promoción de Salud con metas para los años 1998 – 2000, en concordancia con el impulso internacional de promoción de la salud. Para ello se implementaron Planes de Promoción Regionales y Comunales.

En 1998, mediante Decreto Supremo, se crea el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud con la imagen corporativa VIDA CHILE, organismo de carácter intersectorial integrado por 28 instituciones nacionales, encargado de ase-

sorar a los Ministerios y Gobiernos Regionales y Locales, para el apoyo y ejecución de los planes de Promoción de Salud y la recomendación de políticas públicas saludables.

El Consejo Nacional de Promoción de la Salud VIDA CHILE, presidido por la autoridad máxima del Ministerio de Salud, desarrolló un Plan Estratégico para el Sexenio 2000-2006, estableció metas país y adquirió un compromiso público legitimado por el Presidente Ricardo Lagos, en noviembre de 2000, cuando la Ministra de Salud era la doctora Michelle Bachelet.

Los objetivos para el sexenio fueron detener la explosión de los factores de riesgo, desarrollar los elementos protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental, fortalecer los procesos de participación ciudadana y de consolidación de redes sociales, reforzar el rol regulador del Estado sobre los condicionantes de la salud, y crear una nueva política pública de salud y calidad de vida.

Posteriormente estas metas país serían parte de los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010 que Chile debe alcanzar.¹¹

ESTRATEGIA GLOBAL CONTRA LA Obesidad, ego-chile

La OMS preocupada por el alarmante aumento de las enfermedades crónicas, a escala mundial, resolvió con participación de todos los países, implementar una estrategia para abordar integralmente los problemas vinculados a una mala alimentación y a la falta de actividad física, como causantes primordiales de este aumento, con los consiguientes costos económicos y sociales para las naciones integrantes. Un tema preocupante es que la obesidad y otras enfermedades crónicas vinculadas a la alimentación, se concentran en poblaciones de alta vulnerabilidad social, razón

¹¹ Departamento de Epidemiología, División de Rectoría y Gestión Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile. "Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010", 2002.

por la cual, se insta a los gobiernos a establecer estrategias integrales, que aborden estas inequidades.

En Chile, la Estrategia Global contra la Obesidad, EGO CHILE, es lanzada el 11 de junio 2006, por la Presidenta de Chile Dra. Michelle Bachelet Jeria y tiene como objeto de aplicar en Chile los lineamientos planteados por OMS, en la "Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud". Es la plataforma para incluir e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a generar cambios estructurales que permitan a las personas optar por estilos de vida saludable, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física a lo largo de toda la vida, además de impulsar mejoras en el entorno que estimule una vida más activa.

En la implementación de esta estrategia, como país, fueron invitados a participar diversos servicios públicos, como Ministerio de Educación, Chiledeportes, Junta Nacional de Jardines Infantiles, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, entre otros, así como representantes del mundo privado. Corresponde a una definición político estratégica para relevar el tema de la obesidad y el sedentarismo como factores que inciden negativamente en la salud de la población, de acuerdo a lo identificado en la Encuesta Nacional de Salud

Dentro de EGO-Chile se han desarrollado estrategias o programas específicos se detallan a continuación.

1) EGO ESCUELAS

Las EGO-Escuelas son parte fundamental de la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO), impulsan iniciativas en el ámbito de la alimentación y la actividad física, con el fin de contribuir a controlar el grave problema de la obesidad infantil, dirigidas a los niveles: kínder, primeros y segundos básicos de los establecimientos educacionales del país.

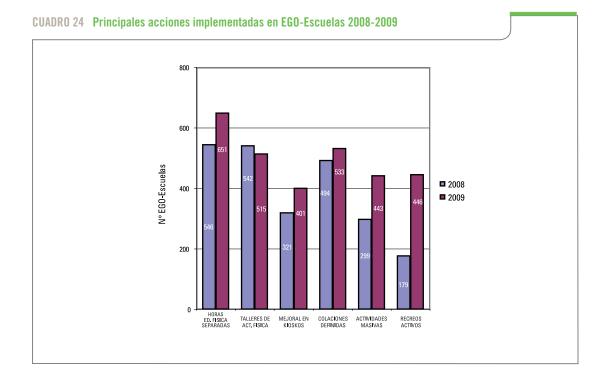
Se implementa a través el Plan de Acción de

Salud Pública en las Seremis del país, en el Plan Control de la Obesidad. Se desarrolla principalmente en escuelas promotoras de la salud, municipalizadas y con alta prevalencia de obesidad, abordando los ejes de alimentación y actividad física. Se inicia el 2007 con 700 establecimientos, el 2008 participaron 1014 y el 2009 se aumentó a 1.028 (información a enero 2010).' Para su implementación se ha afianzado un trabajo intersectoral con MINEDUC, CHILEDEPORTES, JUNAEB, JUNJI, INTEGRA entre otros. Han logrado avances significativos en la mejora de la calidad de la educación física impartida en el primer ciclo básico y en lograr que las horas de educación física se distribuyeran en 2 o más días a la semana. Se reforzó con los profesores la necesidad de trabajar el tema de la alimentación saludable transversalmente en el plan curricular, se diseñaron orientaciones para las colaciones infantiles, y se trabajó en mejorar el perfil nutricional de la oferta de alimentos en los kioscos de las escuelas. Otras acciones complementarias han sido la incorporación de pausas saludables en clases, recreos activos y la participación de los niños y niñas en talleres extra programáticos, apoyados, en algunas regiones, su implementación y ejecución por Chiledeportes. El seguimiento se realiza a través de monitoreos, supervisión anual y una evaluaciones externas.

Al año 2009 se trabajó en 1028 escuelas destacándose los siguientes logros (Cuadro 24):

- En 651 escuelas, se separó la ejecución práctica de las horas de educación física en más de dos días en la semana, y en 777 escuelas se realizan tres horas de educación física a la semana.
- En 401 escuelas, se logró mejorar la oferta de alimentos que se venden en los kioscos.
- En más del 50 % de los establecimientos, los niños deben llevar colación, según normas de la escuela.
- En 515 escuelas, se desarrollaron talleres

)_____



deportivos, además, de las horas regulares de educación física.

- En el 61% establecimientos las clases de educación física son realizadas por profesores generalistas, lo que se ha traducido en la necesidad de capacitar en materias específicas de educación física a 1179 profesores en todo el país. Esta cifra aumenta a más del doble en el área de alimentación saludable.

En el 2009 se realizó una evaluación externa cualicuantitativa, para conocer los procesos, la situación nutricional y el grado de implementación de la estrategia en tres regiones del país.

En los 3 años, se han realizado campañas comunicacionales de medios respecto de estilos de vida, con énfasis en actividad física, dirigido especialmente a la población escolar, en conjunto con MINEDUC y Chiledeportes, con los mensajes "Vivir sano es pulento" y "Sentirse bien es más rico". Estas campañas, además han distri-

buido material educativo, afiches, CD y cartillas a todas las escuelas EGO del país. Igualmente para dar difusión a esta estrategia y que las escuelas tengan un espacio para ver reflejado su trabajo, se creó el sitio web http://ego-escuelas.redsalud.gov.cl donde aparece informaión relevantes de cada una de las EGO-escuelas.

2) Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV)

La Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV) forma parte de la Reforma de la Salud y del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Es el componente asistencial de la Estrategia Global Contra la Obesidad, (EGO-Chile) específicamente relacionada con la promoción de los estilos de vida saludable, prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas asociadas.

En este contexto, la vigilancia nutricional es una herramienta fundamental para conocer la magni-

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV93 93 15/06/2010 22:21:06

tud de la malnutrición, ya sea por déficit o exceso, su tendencia en el tiempo y evaluar el impacto de las intervenciones que se están realizando. Permite también, identificar las áreas geográficas más comprometidas, lo que contribuye a definir políticas de intervención más focalizadas. Un diagnóstico nutricional más preciso permite un mejor seguimiento de estos importantes problemas de Salud Pública. Con esta mirada y con el apoyo de las Sociedades Científicas y Grupos Académicos el año 2007, se incorporó la Nueva Referencia de Crecimiento de la OMS para evaluar el estado nutricional de los y las menores de 6 años, con el objeto de hacer más riguroso el diagnóstico tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad en niños y niñas (Cuadro 38). A junio del 2009, la obesidad (relación peso para la talla > 2DE) afecta, 9.4 % de los menores de 6 años, con una prevelancia levemente inferior respecto al 2007, a ello se agrega un 22,1% de niños con sobrepeso.

La EINCV tiene como objetivo fomentar la alimentación saludable y aumentar la actividad física a lo largo de todo el ciclo vital, ejerciendo un control específico en su primera etapa en la mujer y niños/as hasta los seis años de edad, a quienes los equipos de salud de la atención primaria les realizan controles sistemáticos, otorgan consejería y acompañamiento, además, de mantener la vigilancia nutricional.

Uno de los principales ejes de intervención de la EINCV es fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, tanto por sus beneficios inmediatos como por su efecto protector de patologías crónicas y así, contribuir a combatir la malnutrición tanto por déficit como por exceso. En relación con esto, se ha establecido la meta de alcanzar un 60% de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de vida. Las cifras actuales demuestran un logro, que pocos países han alcanzado, el 49% de lactancia materna exclusiva a esa edad, cifra que ha ido aumentando en forma importante los últimos 15 años, según encuestas nacionales de lactancia materna.

3) Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física (PASAF)

El modelo corresponde a intervenciones sucesivas en el ámbito alimentario-nutricional y ejercicio físico, de carácter profesional y multidisciplinario, destinadas a lograr un cambio sostenido hacia un estilo de vida más saludable, dirigidos a población con malnutrición por exceso y algún factor biológico de riesgo cardiovascular asociado. Las acciones son respaldadas, a través, de una canasta de prestaciones financiada por el FONA-SA y consensuada técnicamente con el Ministerio de Salud; la canasta garantiza prestaciones definidas (exámenes de laboratorios, consultas con diversos profesionales del equipo de salud salud, talleres educativos, sesiones de ejercicio físico) para el manejo de la obesidad y factores de riesgo cardiovascular asociados, son 4 meses de duración, con controles de seguimiento al mes 6, 9 y 12, apoyo de un equipo multiprofesional (médico, nutricionista, enfermera, psicólogo, profesor educación física, kinesiólogo) y sin incorporación de tratamiento farmacológico. Son implementados en la Atención Primaria de Salud y actualmente, están expandiéndose a más de 200 centros de salud. En cuanto a resultados, en adultos con sobrepeso u obesidad con riesgo de diabetes, beneficiarios del sistema público de salud, detectados en el examen de salud preventivo del adulto u otra actividad de salud, el grupo que completó los 4 meses de intervención, obtuvo una reducción significativa del peso corporal, IMC y circunferencia de cintura¹². En este programa versión 2004-2006, del 60% de los adultos que tuvieron algún grado de mejoría, el 55% logró una pérdida de al menos 5% del peso inicial, junto con mejorar parámetros metabólicos y nutricionales.

En la perspectiva de la equidad en las distintas acciones en salud, hasta la implementación de este programa de intervención, FONASA no contaba con un programa multidisciplinario de

15/06/2010 22:21:06

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV94 94

¹² Carrasco F, Moreno M, Irribarra V, et al. Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes. Rev Méd Chile 2008; 136:13-21

atención integral para pacientes con sobrepeso u obesidad, debiendo estos pagar en forma independiente cada atención.

El año 2008 el Ministerio de Hacienda, realizó una evaluación de estos programas, entre otros aspectos, señala: "La continuidad del programa de tratamiento de la obesidad (y sus componentes) se justifica porque está entregando una respuesta al grave problema de la obesidad, el sobrepeso, las enfermedades crónicas asociadas y los factores de riesgo presentes en estos pacientes con. La evidencia científica clínica y epidemiológica mostrada en esta evaluación, fundamenta la necesidad y urgencia de actuar con enfoque programático permanente a fin de evitar las graves consecuencias en morbilidad y mortalidad de los problemas nutricionales por exceso y los estilos de vida no saludables que los acompañan".

Hoy enfrentamos en el mundo, una doble carga de enfermedad, la coexistencia de malnutrición por exceso y por déficit. En Chile se traduce en un aumento de la prevalencia de obesidad y enfermedades asociadas, y el ocultamiento de déficits de micronutrientes que se pueden traducir en talla baja, especialmente en poblaciones más afectadas social y económicamente. El desafío

para las póliticas públicas y los programas alimenatrios es proteger la salud de la población fomentando hábitos alimentarios saludables y asegurando el consumo de alimentos inocuos y de buena calidad nutricional.

Entre los próximos desafíos está la consolidación de la Estrategia Global contra lo Obesidad, especialmente, en la obesidad infantil. En este sentido, es necesario fortalecer los procesos de monitoreo y evalaución de las intervenciones en los jardines infantiles y escuelas, para seleccionar las estrategias más eficaces, enfocándose en aquellas regiones que presentan mayores retrasos y apoyando el trabajo intersectorial y con los gobiernos locales. Por otra parte, resulta muy importante el avance en aspectos regulatorios, para favorecer los cambios de conducta hacia una alimentación saludable y la práctica de la actividad física. Se encuentra en el Parlamento el Proyecto de Ley de Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad que contempla mejorar la información a los consumidores sobre los alimentos, prohibiciones de venta de alimentos altos en nutrientes críticos al interior de los establecimientos educacionales, el aumento de las horas de educación física de calidad en las escuelas y la regulación de la publicidad de alimentos dirigida a niños.

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV95 95 15/06/2010 22:21:07

96

Libro_Nutrición Minsal DEFINITIV96 96 15/06/2010 22:21:07