

PNAAC Básico

Catalina Jiménez, Alejandra Henríquez
Nutrición Comunitaria II

PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El PNAC es un programa de carácter universal que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación, a través del cual se distribuyen, de acuerdo a los criterios que se establecen para cada subprograma, alimentos destinados a la población infantil menor a 6 años, gestantes y mujeres que amamantan. (MINSAL, 2021)

OBJETIVOS

- Promover lactancia materna.
- Promover las potencialidades de crecimiento y desarrollo de niños/as desde la gestación.
- Proteger la salud de la mujer durante la gestación y lactancia.
- prevenir y corregir el déficit nutricional de niños/as y gestantes.
- Fomentar la adherencia a las acciones de salud impulsadas en los centros de atención primaria.

FÓRMULA DE INICIO PARA LACTANTES

BENEFICIARIOS/AS

- Niñas o niños entre 0 meses y 11 meses 29 días de edad cronológica o corregida.
- Beneficiarios del sistema previsional FONASA

REQUISITOS

- Estar inscrito en un establecimiento de APS según domicilio.
- Contar con almenos un criterio de ingreso derivado de la madre o del niño o niña.
- Contar con almenos una consejería, consulta o clínica de LM.
- Vacunas y controles de salud al día.

Tabla 1: Criterios para el ingreso al PNAC Básico o Refuerzo para los/as niños y niñas menores a doce meses por condiciones derivadas de la madre

CRITERIO
- Mujeres con infección confirmada o en proceso de confirmación por virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Mujeres con virus linfotrópico humano de células T tipo I (HTLV1).
- Mujeres con herpes simplex tipo I (HSV-1) con lesiones activas en las mamas.
- Uso de medicamentos incompatibles con la LM.
- Mujeres que se acogen a su derecho a no querer amamantar.
- Uso problemático de alcohol y drogas.

Tabla 2: Criterios de ingreso al PNAC Básico o Refuerzo para los/as niños y niñas menores a doce meses por condiciones derivadas del niño o niña

CRITERIO
- Mal incremento pondoestatural.
- Enfermedad del niño o niña.
- Recién nacido o lactante menor alejado/a de su madre.

(MINSAL, 2021)

LECHE PURITA +PRO1 Y +PRO2, PURITA MAMÁ

BENEFICIARIOS/AS

- Población infantil de 12 meses hasta 5 años 11 meses 29 días con estado nutricional normal o malnutrición por exceso.
- Gestantes y madres que amamantan con estado nutricional normal o malnutrición por exceso.

Independiente de su ubicación territorial, nacionalidad, condición socioeconómica y situación previsional o migratoria.

REQUISITOS

- Registro de controles de salud al día según esquema ministerial vigente.
- Vacunas al día según esquema de vacunación vigente y campañas ministeriales.
- Población beneficiaria extrasistema: Formulario de entrega de productos del PNAC correctamente emitido, completo y firmado por el profesional de salud respectivo.

NECESARIOS PARA EL RETIRO DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS

		FORMULARIO DE INGRESO AL PNAC BÁSICO O REFUERZO DE NIÑOS O NIÑAS MENORES A DOCE MESES	
1.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			
2.- DATOS DEL PROFESIONAL CAPACITADO EN LACTANCIA QUE REALIZA LA DERIVACIÓN			
*Nombre:		*Firma o timbre:	
*RUN:		*Profesión:	
3.- DATOS DEL NIÑO O NIÑA.			
*Nombre:			
*RUN:		*Fecha de nacimiento: ____/____/____	
*Edad cronológica o Edad Corregida:			
Domicilio:			
Peso al nacer:		Peso actual:	
*Calificación Nutricional:			
*¿Se realizó consulta de lactancia materna? Sí ____ No ____			
*¿Se realizó control de seguimiento en lactancia materna? Sí ____ No ____			
*Nombre del profesional que las realizó:			
4.- CRITERIOS DE INGRESO*			
Causa derivada de la madre		Causa derivada del niño o niña	
5.- TIPO DE ALIMENTACIÓN SEGÚN PRESCRIPCIÓN*			
____ LME		____ LMP	
____ AC + LM		____ AC + LM + FL	
____ FE		____ AC + FL	
____ FP			
6.- INDICACIÓN DE FÓRMULA DE INICIO			
*Kg/mes: _____		Frecuencia (N° de veces al día): _____/día	
Volumen por mamadera: _____ (ml)		N° de medidas de cada mamadera: _____	
7.- DATOS DE ENTREGA DE FÓRMULA DE INICIO (completar por Encargado/a de distribución de los PPAA)			
*Nombre y firma del encargado/a de los PPAA:			
*Fecha:			
*Kilogramos:		*Tarros entregados:	


**son campos obligatorios*

		FORMULARIO PARA EL CAMBIO EN LA INDICACIÓN DE LA FI DEL PNAC BÁSICO Y REFUERZO DE NIÑOS O NIÑAS MENORES A DOCE MESES	
1.-ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			
2.- DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA EL AJUSTE DE REQUERIMIENTOS			
*Nombre:			
*Fecha:			
RUN:		*Profesión:	
3.- DATOS DEL NIÑO O NIÑA.			
*Nombre:			
*RUN:		*Fecha de nacimiento: ____/____/____	
*Edad:			
Peso Actual:			
*Calificación Nutricional:			
4.- TIPO DE ALIMENTACIÓN SEGÚN PRESCRIPCIÓN*			
____ LME		____ LMP	
____ AC + LM		____ AC + LM + FL	
____ FE		____ AC + FL	
____ FP			
5.- INDICACIÓN DE FÓRMULA DE INICIO			
*Kg/mes: _____		Frecuencia (N° de veces al día): _____/día	
Volumen por mamadera: _____ (ml)		N° de medidas de cada mamadera: _____	
6.- DATOS DE ENTREGA DE FÓRMULA DE INICIO (completar por Encargado de distribución de los PPAA)			
*Nombre y firma del encargado de los PPAA:			
*Fecha:			
*Kilogramos:		*Tarros entregados:	

**son campos obligatorios*


NECESARIOS PARA EL RETIRO DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS

CALENDARIO DEL PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES 2025																	
VACUNAS PROGRAMÁTICAS																	
	POBLACIÓN INFANTIL										POBLACIÓN ESCOLAR				POBLACIÓN ADULTA		
	RECÉN NACIDO	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	12 MESES	18 MESES	24 MESES	36 MESES	1º BÁSICO	4º BÁSICO	5º BÁSICO	8º BÁSICO	GESTANTES	≥60 AÑOS	≥65 AÑOS
BCG Enfermedades invasoras por <i>M. tuberculosis</i>	Única dosis																
HEPATITIS B	Única dosis																
HEXALENTE Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva, Enfermedades Invasoras por <i>H. influenzae</i> tipo b (Hib), Poliomielitis		1ª dosis		2ª dosis		3ª dosis		Refuerzo									
NEUMOCÓCICA CONJUGADA 13 VALENTE Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>		1ª dosis		2ª dosis		3ª dosis (sólo pre-maturos)	Refuerzo										
MENINGOCÓCICA RECOMBINANTE SEROGRUPO B Enfermedades invasoras por <i>N. meningitidis</i> (serogrupo B)		1ª dosis		2ª dosis				Refuerzo									
SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP)							1ª dosis			2ª dosis							
MENINGOCÓCICA CONJUGADA TETRALENTE Enfermedades invasoras por <i>N. meningitidis</i> (A, C, W-135, Y)							Única dosis										
HEPATITIS A								Única dosis									
VARICELA								1ª dosis		2ª dosis							
FIEBRE AMARILLA								Única dosis (sólo en Rapa Nui)									
DIFTERIA, TÉTANOS Y TOS CONVULSIVA (ACELULAR)											1ª dosis			2ª dosis	Desde la semana 28 de gestación		
VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)												Única dosis					
NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA 23 VALENTE Enfermedades invasoras por <i>S. pneumoniae</i>																	Única dosis
CAMPAÑAS DE INMUNIZACIÓN																	
COVID-19							Para grupos objetivos definidos por MINSAL										
INFLUENZA							Para grupos objetivos definidos por MINSAL										
VIRUS RESPIRATORIO SINICIAL Anticuerpo Monoclonal NACIDOS A PARTIR DEL 01 DE OCTUBRE DE 2024		Para grupos objetivos en primera temporada de alta circulación VRS															
MPOX		Dos dosis en personas con alto riesgo de infección															



Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



El Ministerio de Salud agradece la contribución financiera de la OPS/OMS la cual ha hecho posible la publicación de este material.

PARA MAYOR INFORMACIÓN, VISITA:






VACUNAS.MINSAL.CL

LLAMA A SALUD RESPONDE

600-360-7777

PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDEN TODOS LOS DÍAS LAS 24 HORAS, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA


Calendario de Controles de Salud	
Recién nacido y recién nacida	Díada, antes de los 10 días de vida 1 mes
Lactante menor	2 meses 3 meses 4 meses Consulta Nutricional al 5 mes
Lactante	6 meses CERO 6 meses 8 meses
Lactante mayor	12 meses CERO 12 meses 18 meses
Preescolar	2 años CERO 2 años 3 años CERO 3 años Consulta Nutricional 3 años 6 meses 4 años CERO 4 años 5 años CERO 5 años
Escolar	6 años CERO - GES 6 años 7 años 8 años 9 años



Los controles de salud de niños y niñas de 5 años en adelante pueden ser tanto en el Centro de salud como en el establecimiento educacional.

CERO: Control con Enfoque de Riesgo Odontológico.

NECESARIOS PARA EL RETIRO DE LOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS



FORMULARIO PARA LA ENTREGA DE PRODUCTOS DEL PNAC A POBLACIÓN INFANTIL
EXTRASISTEMA

DATOS PERSONALES:

Nombre del niño(a):

Fecha de nacimiento:

Edad niño(a):

Nombre del beneficiario titular:

Rut:

Domicilio:

Comuna:

ISAPRE:

Profesional referente:

Rut:

Profesión:

Dirección de la consulta:

TIMBRE Y FIRMA
PROFESIONAL

FECHA

SITUACIÓN NUTRICIONAL

Peso:

Talla:

Apreciación de curva de crecimiento y calificación nutricional:

(Según gráfica OMS 2006)

P/E:

P/E:

T/E:

Diagnóstico Nutricional Integrado:

Control(es) de salud que certifica*:

*[1°mes, 2°mes, 3°mes, 4°mes, 5°mes, 6°mes, 8°mes, 10°mes, 12°mes, 18°mes,...]

En el menor de 6 meses agregar situación de lactancia según cuadro de condición de lactancia:


< 10%: Fórmula Exclusiva

10% - 49,9%: Fórmula predominante

50% - 99,9%: Lactancia Materna Predominante

100%: Lactancia Materna Exclusiva

IMPORTANTE: Si no tiene definición de condición de Lactancia, recibirá beneficio como Lactancia Materna Predominante



FORMULARIO PARA LA ENTREGA DE PRODUCTOS DEL PNAC A GESTANTES EXTRASISTEMA

DATOS PERSONALES

Nombre de la beneficiaria:

RUN:

Edad:

Fecha probable de parto:

Domicilio:

Comuna:

ISAPRE:

Profesional Referente:

RUN:

Profesión:

Dirección de la consulta:

TIMBRE Y FIRMA
PROFESIONAL

FECHA

SITUACIÓN NUTRICIONAL

Peso:

Talla:

Edad Gestacional (EG):

Estado Nutricional Actual (*):

Bajo Peso:

Normal:

Sobrepeso:

Obesidad:

Observaciones:

Estado nutricional al primer control de Embarazo (**):

Peso:

Edad Gestacional (EG):

(*) Evaluación Nutricional según gráfica de incremento: Atalah E., Castillo C., Castro R., 1997

(**) Si no hay dato en este punto la entrega será según estado nutricional Actual



PRODUCTOS ALIMENTARIOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

PRODUCTOS DEL PNAC BÁSICO ANTES

Leche Purita Mamá



Entrega mensual 1 kilo a embarazadas y nodriza 2 kilos con LME y 1 kilo con lactancia materna predominante, la entrega se realiza hasta los 5 meses 29 días de edad del hijo.

Leche Purita Fortificada



Leche en Polvo
Purita Fortificada
800 g

Población infantil de 0-5 meses se entrega 1 kg si predomina LM y 2 kg si es FLE
de los 6 meses se entrega 2 kilos hasta los 17 meses 29 días de forma mensual.

Leche Purita Cereal



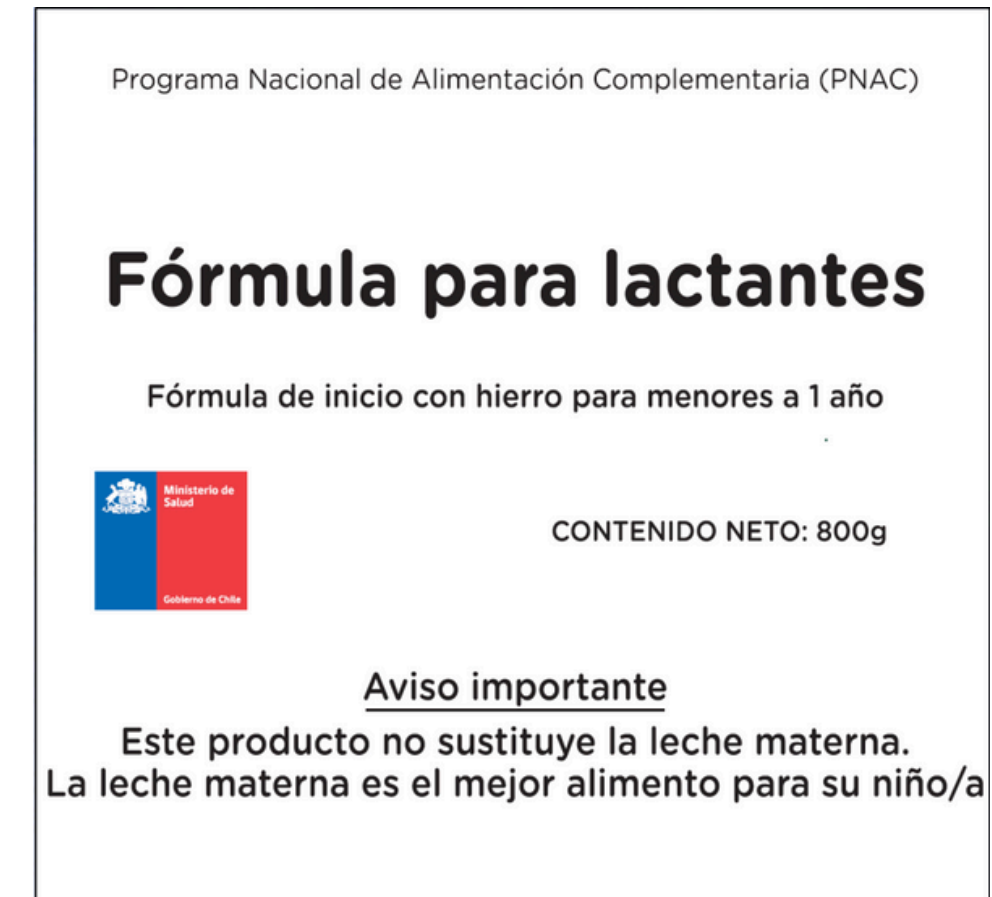
Purita Cereal
800 g

Población infantiles desde los 18 meses hasta los 23 meses y 29 días son 2 kg mensuales
Después de los 2 años hasta los 5 años 29 días se entrega 2kg cada 2 meses

REFORMULACIÓN < 12 MESES



Leche entera en polvo fortificada con vitamina C, hierro, Zinc y cobre.
Requería adecuación en su dilución, adición de aceite y sacarosa/maltodextrina.
Libre de gluten.



Especificaciones técnicas según RSA
Dilución estándar (1 medida para 30 ml)
Prescripción según requerimientos.
Libre de gluten.

REFORMULACIÓN 12 - 24 MESES



Leche entera en polvo fortificada con vitamina C, hierro, Zinc y cobre. Libre de gluten.



Leche entera en polvo fortificada con vitamina D, vitamina C, hierro, Zinc y cobre.
Dilución recomendada al 12%
Libre de gluten.

REFORMULACIÓN 24 - 71 MESES



Bebida láctea semidescremada en polvo fortificada con vitaminas y minerales. Contiene sacarosa, cereales, aceite en polvo y saborizante. Contiene gluten.

Leche semidescremada en polvo fortificada con vitamina D, vitamina C, hierro, Zinc y cobre. Dilución recomendada al 13% Libre de gluten.

REFORMULACIÓN 24 - 71 MESES



Ingredientes: Leche en polvo semidescremada (mezcla de leche entera y leche descremada en polvo), concentrado proteico de suero lácteo, mezcla de aceites vegetales (maravilla, maravilla alto oleico, soya, antioxidante Palmitato de Ascorbilo), harina de trigo (Gluten), suero de leche en polvo, azúcar (sacarosa), Mezcla de minerales (Maltodextrina, Calcio (Fósforo tricálcico y Lactato de calcio), Fósforo (Fosfato tricálcico), Magnesio (Sulfato de Magnesio), Hierro (Sulfato ferroso), Zinc (Sulfato de zinc monohidrato), Cobre (Sulfato de Cobre anhidro)), maltodextrina, Mezcla de vitaminas (Maltodextrina, Vitamina C (ácido Ascórbico), Vitamina E (Tocoferil acetato), Niacina (Nicotinamida), Vitamina B6 (Clorhidrato de Piridoxina), Vitamina B1 (Mononitrato de Tiamina), Vitamina A (Retinol acetato), Folato (Ácido Fólico), Vitamina D (Colecalciferol), Vitamina B12 (Cianocobalamina)), lecitina de soya (SIN 322), saborizante artificial, enzima₃ alfa amilasa.

Según el Reglamento Sanitario de los Alimentos (1996), se denominará “bebida láctea” a los productos elaborados con base en leche, con un mínimo de 30% de leche en el producto final...Podrá tener agregados de otros ingredientes alimentarios, como nutrientes, factores alimentarios y aditivos permitidos. **(Art. 224)**



Leche en polvo semidescremada (mezcla de leche polvo entera y leche polvo descremada), mezcla de minerales (maltodextrina, hierro (sulfato ferroso), zinc (sulfato de zinc monohidratado), cobre (sulfato de cobre anhidro)), vitamina C (ácido ascórbico) y vitamina D3 (colecalfiferol).

Según el Reglamento Sanitario de los Alimentos (1996), leche es la secreción mamaria normal exenta de calostro, de animales lecheros, obtenida mediante uno o más ordeños, sin ningún tipo de adición o extracción, destinada al consumo en forma de leche líquida o a su elaboración ulterior... **(Art. 198)**

GESTANTES Y NODRIZAS



Bebida Láctea en polvo, baja en grasa, fortificada con vitaminas y minerales, ácidos grasos Omega 3, baja en sodio. Contiene gluten.

Ingredientes:

Leche en polvo descremada, concentrado proteico de suero lácteo, suero de leche en polvo, mezcla de aceites vegetales (maravilla alto oleico, soya, antioxidante Palmitato de Ascorbilo), **harina de trigo** (Gluten), Mezcla de Minerales (Maltodextrina, Calcio (Fosfato tricálcico), Fósforo (Fosfato tricálcico y Fosfato dihidrogeno de Potasio), Magnesio (Oxido de Magnesio y Sulfato de Magnesio), Zinc (Sulfato de Zinc monohidrato)), maltodextrina, azúcar (sacarosa), mezcla de ácidos grasos de origen marino (**ácido Docosahexaenoico (DHA)** y **ácido Eicosapentaenoico (EPA)** de aceite de pescado, microencapsulado, estabilizado con ascorbato de sodio), saborizante artificial, Mezcla de vitaminas (Maltodextrina, Vitamina E (Tocoferil acetato), Niacina (Nicotinamida), Vitamina B6 (Clorhidrato de Piridoxina), Vitamina B2 (Riboflavina), Vitamina B1 (Mononitrato de Tiamina), Folato (Ácido Fólico), Vitamina A (Retinol Acetato), Vitamina B12 (Cianocobalamina) y Vitamina D3 (Colecalciferol)), Vitamina C (Acido Ascórbico), lecitina de soya (SIN 322) y enzima alfa amilasa.

ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN

Cantidad máxima de Fórmula de inicio que puede ser entregada por mes a cada beneficiario/a, según requerimientos nutricionales.

0 - 5 meses:

- LME: 0 kg
- LMP: 2 kg
- FP: 3 kg
- FE: 4 kg

6 - 11 meses:

- AC+LM: 0 kg
- AC+LM+FL: 3 kg
- AC+FL: 3 kg

Definición de la condición de lactancia

	Fórmula Exclusiva (FE)	Fórmula Predominante (FP)	Lactancia Materna Predominante (LMP)	Lactancia Materna Exclusiva (LME)
Porcentaje de Lactancia Materna Diaria	<10%	10% - 49,9%	50% - 99,9%	100%

*FE: Fórmula exclusiva / FP: Fórmula predominante / LMP: Lactancia materna predominante / LME: Lactancia materna exclusiva

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Fórmula para lactantes

Fórmula de inicio con hierro para menores a 1 año



CONTENIDO NETO: 800g

Aviso importante

Este producto no sustituye la leche materna.
La leche materna es el mejor alimento para su niño/a

$$\text{Porcentaje de Lactancia Materna Diaria} = \frac{n^{\circ} \text{ de veces en el día que el menor recibe pecho}}{n^{\circ} \text{ de veces en el día que el menor se alimenta}} \times 100$$

ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN

kg/mes



12 -24 meses:

- 2 kg al mes



24 - 71 meses:

- 1 kg al mes



Gestantes:

- 1 kg al mes

Nodrizas:

0 -5 meses

- LME: 2 kg
- LMP: 1 kg

6 - 11 m, 29d

- 1 kg

CONCLUSIÓN

Cumplimos un rol importante dentro del PNAC

- Garantizar la entrega oportuna de los alimentos y supervisar que los beneficiarios reciban lo correspondiente a su grupo etario y condición.
- Verificar correcto almacenamiento y mantención de los productos.
- Evaluar la adherencia al programa.
- Orientar a los beneficiarios y cuidadores sobre la correcta preparación y uso de los alimentos entregados.

A nivel de Política Pública

- Diseño y formulación del programa: Elaboración y actualización de las Normas Técnicas del PNAC, evaluar la pertinencia nutricional de los alimentos
- Definir metas nacionales relacionadas con la nutrición y alimentación

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud de Chile. (2023). Ficha técnica Purita Pro 1. Ministerio de Salud. <https://dipol.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/7.-FT-Purita-Pro-1-Prolesur.pdf>
2. Ministerio de Salud de Chile. (2023). Informe de implementación de reformulación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) Básico y Refuerzo, en el segmento de 12 a 71 meses. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/06/1560788/informe-implementacion-reformulacion-pnac-br-12a71m.pdf>
3. Ministerio de Salud de Chile. (2023). Ficha técnica Purita Pro 2. Ministerio de Salud. <https://dipol.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/8.-FT-Purita-Pro2-Watts.pdf>
4. Ministerio de Salud de Chile. (2016). Norma técnica de los programas alimentarios. Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-Técnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jurídica.pdf>
5. Ministerio de Salud de Chile. (2021). Norma técnica de los Programas Alimentarios. Ministerio de Salud. https://dipol.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/07/2021.05.20_NORMA-TECNICA-PROGRAMAS-ALIMENTARIOS-DIAGRAMADA.pdf
6. Ministerio de Salud de Chile. (2021). Protocolo de gestión administrativa para la incorporación de la fórmula de inicio en la canasta de productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) Básico y Refuerzo en menores a doce meses. <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/05/2021.07.22-Protocolo-del-Proyecto-de-fortalecimiento-LM-y-PNAC.pdf>
7. Ministerio de Salud (2025). Reglamento Sanitario de los Alimentos (RSA), Decreto 977 de 1996, actualizado a enero de 2025. https://dipol.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/06/RSA-DECRETO_977_96_act_enero-2025.pdf



MUCHAS GRACIAS

