



El SIPI sistematiza la información sobre las acciones orientadas al cumplimiento de los derechos de la primera infancia en América Latina, y da cuenta del grado de cumplimiento de estos derechos.

www.sipi.siteal.org

SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMERA INFANCIA EN AMÉRICA LATINA

TÍTULO

Plan Nacional de Combate a la Desnutrición Infantil

PAÍS

Panamá

FECHA DE CONSULTA

01/06/2012

Documento compartido por el SIPI

PUBLICACIÓN ORIGINAL

Ministerio de Salud, www.minsa.gob.pa



**PLAN NACIONAL “DE COMBATE
A LA DESNUTRICIÓN INFANTIL”
2008-2015**



Ministerio de Salud

Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional

***PLAN NACIONAL
DE COMBATE A LA DESNUTRICIÓN INFANTIL
2008-2015***

*Panamá, República de Panamá
Enero, 2008*

TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO DE REFERENCIA	
2.1 POBREZA Y SITUACIÓN NUTRICIONAL	4
2.1.1 Desnutrición Proteico Calórica.	
2.1.2. Sobrepeso.	
2.1.3. Deficiencia de Micronutrientes	
2.1.3.1 Anemia y deficiencia de hierro	
2.1.3.2. Vitamina A.	
2.1.3.3. Deficiencia de yodo.	
2.2. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL, SECTOR PÚBLICO Y SOCIEDAD CIVIL.	8
2.2.1 Planificación y Coordinación.	
2.2.2 Instituciones Gubernamentales.	
2.2.3 Sociedad Civil.	10
2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS.....	
2.3.1 Yodación de la Sal.	
2.3.2 Fortificación de Harina de Trigo.	
2.3.3 Programa de Alimentación Complementaria del MEDUCA	11
2.4. PROGRAMAS Y PROYECTOS CON POTENCIAL DE CONTRIBUIR A LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.....	12 15
2.5. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y MECANISMOS EXISTENTES.....	
2.6. GASTO PÚBLICO EN INTERVENCIONES PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.....	16 17
3. EL PLAN	18
3.1. DESCRIPCIÓN, OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS.....	
3.2. FOCALIZACIÓN.....	21
3.3. EJECUCIÓN.....	23
3.3.1. Fortalecimiento de los Programas.....	
3.3.2. Programa de Atención Integral a la Niñez.....	
3.4. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.....	
BIBLIOGRAFÍA.....	
INDICE DE SIGLAS.....	
ANEXOS.....	

1. INTRODUCCIÓN

En junio del 2006, por iniciativa del BID/PMA, representantes de los gobiernos centroamericanos y expertos regionales se reunieron en la Ciudad de Panamá para una Consulta Técnica Regional sobre la iniciativa para la erradicación de la desnutrición infantil en la región.

La reunión concluyó formulando un marco conceptual tentativo y definiendo el contenido de una futura iniciativa regional, en torno a los siguientes consensos:

- Objetivo: apoyar a los gobiernos de los ocho países de la región, a erradicar la desnutrición infantil crónica tomando como indicador principal la “talla para edad”
- Población objetivo: embarazadas, madres en período de lactancia y niños/niñas menores de 3 años.
- Componentes: regional y nacionales, de los países participantes en base a intervenciones con “alto potencial”.

Los componentes nacionales se construirían en base a intervenciones efectivas, asegurando la buena nutrición de la población objetivo y promoviendo adecuadas prácticas nutricionales, adaptadas a la comunidad. Por otro lado, las intervenciones deberían dar prioridad a la prevención y vincularse con la atención primaria de salud. Y por último todas las intervenciones deberían promover activa y efectivamente la lactancia materna, de acuerdo a las recomendaciones internacionales.

La desnutrición es el resultado de la interacción entre el consumo inadecuado de alimentos y las infecciones frecuentes. Estos resultan ser consecuencias del acceso inadecuado a alimentos y a servicios de salud y saneamiento insuficientes.

El estado de nutrición de la madre antes y durante el embarazo determina la salud de la madre y el estado de salud del feto y el recién nacido. La baja estatura, el bajo peso preembarazo y la poca ganancia de peso durante el embarazo, son determinantes importantes del retardo en el crecimiento intrauterino.

Durante la infancia y la niñez, las infecciones recurrentes y la alimentación inadecuada, particularmente de energía, proteína, vitamina A, hierro y cinc, contribuyen al retardo en crecimiento y la deficiencia de micronutrientes.

La evidencia sugiere que el impacto de intervenciones nutricionales durante la infancia es mayor si ocurren antes de los dos años de edad. La etapa de gestación y los primeros 3 años de vida representan una etapa crítica para el crecimiento. (INSP, 2006).

El presente documento contiene un Plan Nacional elaborado en conjunto entre la Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional (SENAPAN) y el Ministerio de Salud.

Para la elaboración de este plan se realizó un diagnóstico de la situación de la desnutrición infantil en el país, la estructura y programas nutricionales existentes, recursos disponibles y políticas públicas vigentes.

2. MARCO DE REFERENCIA.

2.1 POBREZA Y SITUACIÓN NUTRICIONAL

La República de Panamá posee un territorio de 75,517 Km². La división política administrativa comprende nueve provincias, 76 distritos, 621 corregimientos y cinco comarcas indígenas.

La población panameña crece a un ritmo de 1.7% anual, estimándose para el año 2006 en 3,283,959 habitantes, con una densidad de 43.5 habitantes por Km². En las zonas urbanas del país se concentra el 64.0 % de la población.

La Encuesta de Niveles de Vida (Ministerio de Economía y Finanzas, 2003), revela que a pesar de que el ingreso per cápita de Panamá es relativamente alto, la pobreza sigue siendo un problema pues más de un millón de personas (37%) vive bajo la línea de pobreza, y de éstos, el 17% vive en condiciones de extrema pobreza.

Panamá es un país con un ingreso per capita alto, pero con una gran inequidad en su distribución. Entre los factores que explican la desigualdad existente está la diferencia entre el ingreso per cápita en distintas áreas o región geográfica así como el nivel de educación.

En relación al nivel de educación del jefe de hogar, se reporta que los trabajadores urbanos de mayor nivel educacional perciben los ingresos laborales per capita más altos, contrario al sector rural, donde el mercado laboral está caracterizado por más bajas tasas de participación, bajo nivel educacional, y, una mayor importancia del empleo por cuenta propia y/o empleo en el sector primario, sector en el que el ingreso promedio es inferior al promedio para todos los grupos.

El análisis de prevalencia de retardo en talla (ENV 2003) indica que la educación y la ocupación del jefe de familia influyeron en la talla alcanzada por los escolares de 5 a 9 años, lo que se vio reflejada en los resultados obtenidos con el índice talla/edad. Dentro de los grupos de educación del jefe de familia, la mayor prevalencia de retardo en talla (31%) estuvo entre los escolares cuyos padres no habían logrado ninguna educación, cifra que resultó estadísticamente significativa y muy por encima de las observadas en los otros grupos.

La pobreza tiene una distribución espacial bien definida, con un fuerte aumento en las áreas rurales, especialmente en las comarcas indígenas, donde casi toda la población (90%) vive en pobreza extrema

Por lo tanto, los grupos más pobres son las poblaciones rurales y particularmente los indígenas que, además presentan las mayores prevalencias de desnutrición crónica en los niños y de bajo peso en las embarazadas. Debido a su alta dispersión, son grupos a los que resulta difícil llegar tanto con los servicios básicos, como acueductos, como con una atención de salud adecuada. La anemia y las parasitosis son frecuentes en estas poblaciones pero, la deficiencia de hierro constituye un problema tanto en áreas rurales como urbanas.

Cuando se comparan las encuestas de 1997 y de 2003 no se muestran cambios muy importantes, y el crecimiento económico no se reflejó en reducción de la pobreza. Se observa una leve reducción de la pobreza extrema y un aumento similar en la pobreza no extrema, por

lo cual, la cifra global es prácticamente la misma. Si el análisis se hace en términos de población se observa un aumento de casi 130 mil pobres en el período, producto del crecimiento de la población.

Desde el punto de vista nutricional, Panamá puede considerarse un país en plena transición epidemiológica, presentando además altas prevalencias de sobrepeso y obesidad aún en los sectores de pobreza y pobreza extrema, asociado a patrones inadecuados de consumo y a una baja talla.

2.1.1 Desnutrición Proteico Calórica

La información más reciente de la situación nutricional en el país corresponde a la Encuesta Nacional de Niveles de Vida del 2003, en la cual se evaluó a todos los miembros de las familias de la muestra.

En los menores de 5 años a nivel nacional, la prevalencia de desnutrición según el índice peso/edad fue del 6.8%, significativamente mayor en el área rural (10%) al compararse con un 4% en el área urbana. La prevalencia de la desnutrición en el área rural indígena fue de 22%, significativamente más alta que la observada en los menores de 5 años de las áreas urbanas (4%) y rural no indígena (6%). La prevalencia de desnutrición fue 5 veces mayor en los pobres en relación con los no pobres, mientras que en los pobres extremos esta relación fue 8 veces mayor. La desnutrición evaluada con el índice peso/talla afectó a proporciones muy bajas de preescolares (1.3%).

La prevalencia de la desnutrición crónica, de acuerdo al índice talla/edad, fue alta entre los preescolares del área rural indígena, ya que ascendió a cerca del 57%. Mientras que 14 de cada 100 niños de las áreas urbanas tenían retardo en talla moderado y severo, 57 de cada 100 niños del área rural indígena presentaban este deterioro en talla.

La pobreza y el retardo en talla estuvieron asociados ya que mientras cerca del 40% de los preescolares en pobreza extrema presentaron retardo en talla moderado o severo, éste sólo afectó al 10% de los no pobres.

El retardo en talla fue evidente aún en infantes menores de 6 meses, entre los cuales se detectó una prevalencia de cerca del 13 %. Sin embargo, esta prevalencia fue significativamente menor que entre los niños de 6 a 35 meses (20%) y de 36 a 59 meses (23%).

Después de las áreas indígenas, donde ya se mencionó que cerca del 60% de los menores de 5 años fueron identificados con retardo en talla, las áreas con mayor prevalencia de retardo en tallas fueron las provincias de Veraguas (29%), Panamá Este (22%), Bocas del Toro (22%) y Coclé (22%).

Al comparar la prevalencia de retardo en talla moderado/severo en las encuestas de niveles de vida de 1997 y 2003 se encontró un aumento de retardo en talla en el grupo urbano (6% en 1997; 14% en 2003). Sin embargo, fue entre los preescolares del área rural indígena donde se encontraron las tasas más elevadas de retardo en talla, significativamente más alta en 2003 (57%) en comparación con la de 1997 (49%), así como los cambios estadísticamente significativos entre los preescolares de pobreza extrema (33% en 1997 y 40% en 2003) y no

extrema (10% vs. 19%).

Llama poderosamente la atención el incremento de la desnutrición crónica en los sectores urbanos donde aumentó a más del doble. No es fácil interpretar este hecho, pero podría ser explicado por mayores tasas de desocupación urbana, por migraciones del área rural a la ciudad, cambios en los patrones alimentarios de la población urbana y por algún efecto protector de los programas de alimentación complementaria, que están principalmente focalizados en los sectores rurales más pobres.

La prevalencia de bajo peso en embarazadas de 2do y 3er trimestre fue significativamente mayor (34.2%) en el área rural que en la urbana (11.8%), observándose que la tasa más alta de bajo peso ocurrió entre las embarazadas del área rural indígena (38%).

Según las estadísticas de salud, la prevalencia de recién nacidos bajo peso para el año 2003 era de 10.2% con valores más elevados para la Comarca Ngöbe Buglé (25.7%), Kuna Yala (13.8%) y Darién (11.8%).

2.1.2 Sobrepeso.

Los datos de la encuesta de niveles de vida del 2003 muestran que Panamá es un país en plena transición epidemiológica presentando tanto problemas de deficiencia como de sobrepeso.

En los pre escolares del área urbana el riesgo de sobrepeso fue de 13.4% y el sobrepeso 10.3%. Con relación a la clasificación de los preescolares por línea de pobreza, se encontró que las prevalencias de sobrepeso no variaron entre las diferentes categorías de pobreza, pero el riesgo de sobrepeso fue significativamente menor entre los menores viviendo en situación de pobreza (12%) y entre los pobres extremos (9%), en comparación con un 16% para los del área urbana.

En las embarazadas, el sobrepeso resultó significativamente menor en el área rural (20.7%) que en la urbana (53.8%), donde una de cada dos embarazadas tenía un peso excesivo para su talla y su edad gestacional.

2.1.3 Deficiencia de Micronutrientes:

Las deficiencias de micronutrientes conocidas también como deficiencias de vitaminas y minerales o como “hambre oculta”, están directamente relacionadas con el hambre y la desnutrición infantil. Generan daños irreversibles a nivel individual, incrementan la morbilidad y mortalidad infantil y materna e impactan negativamente durante todo el ciclo de vida, produciendo efectos negativos para el desarrollo de los países, tanto en el corto, mediano y en el largo plazo.

Las deficiencias de vitaminas y minerales están generando obstáculos al desarrollo humano y económico de la región en general y en el caso de Panamá, ponen en riesgo principalmente a los infantes y mujeres embarazadas y en particular a las poblaciones indígenas. Por esta razón se ha propuesto el Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes que complementará esta iniciativa de combate a la desnutrición infantil.

2.1.3.1 Anemia y deficiencia de hierro

La anemia nutricional es la deficiencia por micronutrientes más común, principalmente por la baja ingesta de hierro en la dieta de la población y la presencia de factores inhibidores de la absorción del hierro en las comidas. A través de dos encuestas nacionales efectuadas por el Ministerio de Salud en 1999, se evaluó la situación de anemia a nivel nacional y se encontró que la prevalencia en menores de cinco años y embarazadas era de 36%, y de 40% en mujeres de 15 a 49 años. En escolares de 6 a 12 años de escuelas oficiales, la prevalencia de anemia fue de 47%. La deficiencia se observa tanto en las áreas rurales como en las urbanas.

Según estudios de alimentación infantil en áreas peri urbanas de la ciudad de Panamá (Ministerio de Salud e INCAP/OPS, 2003) el micronutriente que presenta el más bajo porcentaje de adecuación es el hierro, especialmente en la niñez de 6-24 meses. Además del poco consumo de alimentos que son buena fuente de hierro como las carnes rojas y el hígado, existen procesos infecciosos y otros factores que dificultan la absorción de este importante mineral.

En el año 2005, el Ministerio de Salud realizó una evaluación del programa de suplementación con hierro en una muestra aleatoria tomada de centros de salud y escuelas beneficiarias del programa.

Además de la recolección de datos básicos sobre alimentación y consumo del suplemento de hierro a todos los participantes se les extrajo una muestra de sangre venosa (8 ml), por un asistente de laboratorio especialmente entrenado.

Se realizaron las siguientes determinaciones: hemograma completo, protoporfirina eritrocitaria libre, ferritina sérica y proteína C reactiva

- **Niños y niñas de 9 a 15 meses:** La prevalencia total de anemia fue de 66.0%. La anemia ferropriva alcanzó 45.6%, deficiencia de hierro sin anemia 13.0%, depleción de los depósitos de hierro 11.6%. Los niños que presentaron anemia por otras causas (no ferropriva) llegaron al 20.5 %.
- **Niños y niñas de 1 a 5 años:** La prevalencia total de anemia en niños de 1 a 5 años, fue de 41.8 %, la de anemia ferropriva alcanzó el 18,1% y por otras causas (no ferropriva) llegaron al 22.5%.

2.1.3.2 Vitamina A:

La Encuesta Nacional de vitamina A y anemia en preescolares (MINSA, 2000) muestra que la deficiencia de vitamina A en Panamá no puede considerarse un problema de salud pública dado que, la prevalencia en niños de 12 a 59 meses es de 1.8% con niveles < 10 mcg/dl. Sin embargo, en las poblaciones indígenas un 23.6% tenían niveles < 20 mcg/dl.

Se ha determinado que hay grupos con riesgo en áreas indígenas: Chiriquí, Bocas del Toro, Veraguas, San Blas y Darién. Estas poblaciones han sido suplementadas en forma preventiva a partir de 1990, durante 10 años, pero no de forma constante. En el año 2001 se modifican las normas de administración de megadosis de vitamina A y se focaliza de acuerdo a niveles de pobreza.

Recientemente se realizó un estudio con la participación de SENAPAN, MINSA y la Fundación Adán Ríos en los distritos de Mironó, en la Comarca Ngöbe-Buglé y en Santa Fe, provincia de Veraguas en una muestra aleatoria de viviendas con niños de 1 a 3 años de edad.

El valor promedio de retinol sérico para la muestra total de los 180 niños y niñas, fue de 30.6 mcg/dl. Del total de la muestra, el 8.0% tenía niveles bajos de retinol sérico (< 20 mcg/dl) y solo un niño en Mironó tenía niveles menores a 10 mcg/dl.

El 72.6% de los niños había recibido megadosis de vitamina A durante el último año según registro en la tarjeta de vacunación, lo que demuestra que este programa está siendo efectivo ya que la información de la encuesta dietética muestra un bajo consumo de alimentos fuente de vitamina A en esta población.

2.1.3.3 Deficiencia de yodo

Durante los últimos años se han logrado progresos significativos en la reducción de la deficiencia de yodo a través de la yodación universal de la sal. Esta simple solución, al igual que en otros países del continente constituye una solución eficiente y eficaz para controlar los desórdenes por deficiencia de yodo en el país.

Según los datos de la segunda encuesta nacional de yodo realizada en el año 1999 se observó que la prevalencia de bocio disminuyó de 13.2% a 10.2% a nivel nacional y en Azuero de 23.2% a 12.1%, diferencias estadísticamente significativas.

En el año 2002, Panamá fue declarado como país libre de los desórdenes por deficiencias de yodo, como problema de salud pública (es el único país de Centroamérica que ha recibido esa declaración internacional producto de una evaluación externa). No obstante, es necesario garantizar la sostenibilidad de este logro, así como evitar los problemas de exceso, fortaleciendo las acciones de monitoreo y vigilancia que se están realizando actualmente.

2.1.3.4 Deficiencia de cinc

En el país no existe información a nivel nacional sobre la magnitud de la deficiencia de cinc. El diagnóstico de la deficiencia de cinc es complejo y para el individuo, no existe una prueba que logre un diagnóstico definitivo. Para estimar la prevalencia de deficiencia de cinc en la población se recomienda utilizar una serie de indicadores, incluyendo cinc sérico y el consumo de cinc en la dieta. Los problemas asociados a la deficiencia de cinc son la baja talla y las infecciones frecuentes y severas. Aunque Panamá no ha realizado estudios para medir la magnitud de esta deficiencia, conociendo que los problemas asociados a la misma son la baja talla y las infecciones frecuentes y severas al igual que la alta prevalencia de anemia, es probable

que exista alta prevalencia de la deficiencia de cinc en los segmentos más pobres de la población panameña y en las poblaciones indígenas en particular. Esto se demostró en el estudio de 2006 en Mironó y Santa Fé tanto en pre-escolares como en escolares, donde se encontró que la prevalencia total de valores bajos de cinc fue de 36.2%, sin diferencias significativas entre distritos o grupos de edad.

2.1.3.5 Deficiencia de ácido fólico

En el país no existe información sobre deficiencias de micro nutrientes como ácido fólico, calcio y vitaminas del complejo B, ni en la población en general ni en los grupos vulnerables. Con relación al ácido fólico, un análisis parcial revela una incidencia relativamente alta de los defectos del tubo neural a nivel hospitalario. En el año 2004 se registraron 932 defunciones en menores de un año, de las cuales 274 fueron causadas por malformaciones congénitas (29%). Este hecho nos permite deducir que esta deficiencia existe en el país y requiere ser controlada.

2.2 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL, SECTOR PÚBLICO Y SOCIEDAD CIVIL

2.2.1 Planificación y Coordinación

A nivel gubernamental existen dos instancias con funciones de planificación y toma de decisiones en relación a la lucha contra la desnutrición y la pobreza extrema en el país. Estas son, el Gabinete Social y SENAPAN.

2.2.2 Instituciones Gubernamentales

Entre las instituciones gubernamentales, la que está directamente involucrada en el combate a la desnutrición infantil es el Ministerio de Salud pues, a pesar de que la Caja de Seguro Social atiende a más del 50% de la población, los grupos más vulnerables desde el punto de vista de pobreza son atendidos por el Ministerio de Salud. Dentro del Ministerio, la planificación de los programas de nutrición es responsabilidad del Departamento de Nutrición, en la Dirección General de Salud.

Los programas de atención materno infantil y de nutrición son ejecutados por las 14 regiones de salud a través de las instalaciones locales. Entre las acciones que se desarrollan en las instalaciones de salud a nivel primario están el control de embarazo, atención del parto, promoción de lactancia materna, control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, vacunación, desparasitación, suplementación con hierro y con megadosis de vitamina A.

El Ministerio de Salud tiene una vasta red de centros de atención primaria (251), subcentros y puestos de salud (449), lo que determina una relación de 4,451 habitantes por instalación de salud. La disponibilidad de profesionales de salud es relativamente adecuada, con un médico y una enfermera por cada 727 y 888 habitantes respectivamente. Al igual que en otras variables de salud existe desigualdad en la distribución de los recursos, con una mayor concentración de

profesionales en las provincias más urbanas.

Dentro del Ministerio de Salud existe un número muy reducido de nutricionistas, con un total de 52 en el año 2007 para todo el país, incluyendo aquellas asignadas exclusivamente a la atención de servicios de alimentación en hospitales.

A manera de fortalecer la atención en las áreas rurales, a partir del 2003 se están desarrollando los Paquetes de Atención Integral de Servicios de Salud (PAISS) con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y contrapartida nacional del Ministerio de Salud.

El PAISS está dirigido a ampliar la cobertura de los servicios de atención integral primaria en salud, a poblaciones rurales con alto índice de pobreza alejadas por más de 3 horas de transporte a un centro de salud que cuente con médico, y acceso limitado a servicios de agua segura y alcantarillado. Los servicios se proveen a través de 20 actividades de salud agrupadas en tres categorías: 1) servicios de promoción de la salud, 2) servicios de prevención y 3) servicios de atención.

El PAISS se entrega a través de equipos básicos de salud compuestos por médico, enfermera, técnico en enfermería, educador para la salud y conductor. Estos equipos visitan cada comunidad cada 6 a 8 semanas. Es entregado a través de dos modalidades:

- ✓ Contratación de organizaciones extra-institucionales (OE)
- ✓ Giras del equipo de salud del Ministerio de Salud apoyadas con fondos para giras integrales (FOGI)

En el año 2005, el programa cubría un total de 179,817 habitantes en 10 regiones de salud del país: Darién, Chiriquí, Veraguas, Herrera, Los Santos, Coclé, Colón, Panamá Este, Panamá Oeste y Comarca Ngöbe Buglé. De esta población 6,857 eran niños menores de 1 año y 24,399 entre 1 y 5 años. En el 2006 la población atendida fue de 258,365.

El Ministerio de Salud realiza además giras médicas a las comunidades, y en el caso de algunas comunidades clasificadas como prioritarias, según los criterios utilizados para el PAISS, las giras son apoyadas por fondos FOGI (fondos para giras integrales).

2.2.3 Sociedad Civil:

La sociedad civil organizada en forma de clubes cívicos y organizaciones no gubernamentales (ONGs) contribuye al combate a la desnutrición a través de diversas actividades, en algunos casos, aportes económicos a programas existentes y en otros, actividades puntuales en comunidades de extrema pobreza.

Existen numerosas ONGs que trabajan en el campo de seguridad alimentaria con proyectos de producción, medio ambiente, escolares, género y salud. Sin embargo, NutreHogar y la Fundación Pro Niños de Darién son las únicas que desarrollan programas o proyectos directamente dirigidos a la nutrición del grupo materno infantil.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS

Como red institucional que involucra a varios actores de la sociedad civil y política, el sistema de protección social es parte de la Visión Estratégica de Desarrollo Económico y de Empleo hacia el 2009, y se enmarca en la Estrategia para el Combate a la Pobreza Extrema en Panamá (Gabinete Social, 2006).

En diciembre del 2004, mediante Decreto Ejecutivo 306, se reorganiza el Gabinete Social, instancia de discusión y conformación de la agenda social de gobierno con las funciones básicas de formación, coordinación operativa y evaluación estratégica de la política social de gobierno.

De manera prioritaria, el sistema de protección social se enfoca en la atención integral de niños/as de las familias en pobreza extrema, y en asegurar la inclusión de las familias del sector indígena, rural y urbano marginal que viven en condiciones de pobreza extrema.

Con el objetivo de contar con una instancia capaz de desarrollar una política de nutrición, se crea la Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nutricional (SENAPAN), mediante Decreto ejecutivo 171 del 18 de octubre del 2004. SENAPAN ha estado trabajando en la definición de políticas de seguridad alimentaria y nutricional, así como en un Sistema de Vigilancia de la Seguridad Alimentaria Nutricional (SIVISAN), que fue oficializado en agosto de 2007.

Panamá también cuenta con una serie de leyes y normas directamente relacionadas con la fortificación de alimentos y con el combate a la desnutrición como son la yodación de la sal, fortificación de harina de trigo con hierro y ácido fólico y en la actualidad se está proponiendo la fortificación de la leche con hierro y del arroz con ácido fólico.

2.3.1. Yodación de la Sal:

La yodación de la sal se inicia en la década de los 70 mas, en 1997 se acordó fortalecer el programa, lo que se hizo a través de un proyecto conjunto Ministerio de Salud - UNICEF - Kiwanis.

Los instrumentos legales para la obligatoriedad de la yodación de la sal para el consumo animal (Ley 23 del 15 de julio de 1997) se establecen y se ajustan los niveles de yodo en la sal de consumo humano (20-60 ppm) con la Ley número 43 del 25 de octubre del 2000, así como la reglamentación por medio del Decreto Ejecutivo número 20 del 2 de marzo del año 2001.

2.3.2. Fortificación de Harina de Trigo:

Con el objetivo de contribuir a la prevención y control de la anemia, se inició la fortificación de la harina de trigo con hierro con el Decreto Ejecutivo 495 del 4 de diciembre de 1997, contando con el apoyo de todas las empresas harineras.

En base a recomendaciones técnicas del INCAP sobre el tipo de hierro y los niveles de fortificación de este nutriente y del complejo B se modifica el contenido de micronutrientes. Esta modificación se legaliza con el Decreto Ejecutivo del 24 de marzo del 2003.

2.3.3. Programa de Alimentación Complementaria del Ministerio de Educación:

La Ley No.34 del 6 de julio de 1995, crea formalmente la Dirección Nacional de Nutrición y con la Ley No. 35 de la misma fecha se establece el “Programa de distribución del vaso de leche, la galleta nutricional y las cremas enriquecidas” en todos los centros oficiales de educación inicial y primaria del país.

2.4 PROGRAMAS Y PROYECTOS CON POTENCIAL DE CONTRIBUIR A LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

La desnutrición infantil es el resultado directo del consumo de una dieta inadecuada en calidad y cantidad y también producto de las enfermedades. Para evitar la desnutrición es necesario mejorar el consumo alimentario de los niños en cantidad y calidad, prevenir enfermedades y/o reducir su severidad y duración. Los cuidados y los comportamientos relacionados a la salud, nutrición y alimentación de las madres y otras personas que apoyan el cuidado de los niños son muy importantes para prevenir la desnutrición.

Una de las áreas que requiere fortalecimiento desde el punto de vista de políticas, es la de micronutrientes. Un elemento crítico en la estrategia es la fortificación de alimentos de consumo masivo. En Panamá, actualmente se fortifica la sal con yodo, la harina de trigo con hierro y complejo B, y los productos utilizados en los programas de alimentación complementaria. Se está trabajando en las legislaciones para la fortificación a nivel nacional de la leche, el arroz y las cremas de consumo popular. Es esencial fortalecer los sistemas de monitoreo de estos alimentos fortificados.

En base a los criterios establecidos para la selección de programas existentes con alto o mediano potencial para el combate a la desnutrición infantil, en Panamá se han identificado los siguientes programas que se presentan en las matrices del anexo 2. Estos programas son:

- Alimentación complementaria (PAC)
- Suplementación con hierro
- Suplementación con vitamina A
- Bono familiar para la compra de alimentos.
- Transferencia monetaria condicionada

Los tres primeros se ejecutan a través de la red de atención primaria del Ministerio de Salud y los paquetes de atención integral (PAISS). El bono familiar, ejecutado por SENAPAN y la transferencia monetaria condicionada implementada por el MIDES, han contribuido significativamente a incrementar las coberturas en salud, ya que ambas ponen como condicionante la asistencia a los controles de salud.

2.5 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y MECANISMOS EXISTENTES

Existen debilidades en la administración de los programas del Ministerio de Salud derivadas de

causas estructurales y organizativas. Ello se refleja por ejemplo, en dificultades y limitaciones para:

- Programar adecuadamente el proceso de distribución en base a información actualizada y depurada de los beneficiarios
- Ejecutar con eficiencia los procesos de compras, almacenamiento y distribución.
- Coordinar y supervisar eficazmente las labores de distribución.
- Obtener información actualizada que permita dar seguimiento a las actividades programadas.
- Pagar oportunamente a los proveedores, por lo cual aumenta en forma importante el costo de los productos, por el crédito que las empresas otorgan al Estado.

2.5.1 Programa de Alimentación Complementaria (PAC):

Este programa está bien focalizado, sin embargo presenta los siguientes problemas:

- La disponibilidad del producto no es permanente en todas las instalaciones de salud, particularmente en los puestos y subcentros. Ésta es una de las razones de la baja cobertura puesto que en algunos casos hay desabastecimiento en las instalaciones por períodos de hasta un mes.
- Hay deficiencias en el registro. Según auditorías del PAC realizadas por estudiantes de nutrición en práctica, un alto porcentaje de las tarjetas de registros están incompletas. El registro deficiente de beneficiarios dificulta el monitoreo del programa y los datos generados en muchos casos no son de utilidad al no ser confiables.
- Deficiencias en las áreas de almacenamiento del producto.
- En los centros de salud de estos distritos el recurso humano es insuficiente para atender todos los programas, sobrecargándose el trabajo de enfermeras y auxiliares de enfermería. Por esta razón, en algunos casos el programa es manejado por personal auxiliar y hasta trabajadores manuales.
- Falta de orientación adecuada a las madres sobre alimentación del niño y sobre la forma de preparación del producto.
- Hay dilución intrafamiliar del producto, ya que es consumido por otros miembros de la familia además del beneficiario directo.

2.5.2 Programa de Suplementación con Hierro:

La evaluación realizada en el 2005 mostró que el programa está llegando a los beneficiarios pues la gran mayoría de embarazadas y niños mayores de 6 meses habían recibido el suplemento. Sin embargo, especialmente en los preescolares esto no se tradujo en una reducción de la prevalencia de anemia. Algunas de las causas planteadas fueron que no se les

daba diariamente y que en muchos casos se les da junto con las comidas, favoreciendo la presencia de inhibidores de la absorción.

Hay que mencionar además que, en ciertos períodos del año se ha producido desabastecimiento de alguno de los suplementos, especialmente en gotas y jarabe que son los que se utilizan para los niños menores de 5 años.

2.5.3 Suplementación con Vitamina A:

Durante los dos últimos años ha habido suficientes megadosis para cubrir a toda la población objetivo y el hecho de que se proporcione ligado al esquema de vacunación, facilita su entrega.

Este programa ha mostrado ser efectivo pues tiene una buena cobertura y en las mediciones que se han realizado de retinol sérico, la prevalencia de niveles deficientes y bajos es reducida a pesar de que las encuestas dietéticas muestran que el consumo de alimentos fuentes de vitamina A es bajo.

2.5.4 Paquetes de Atención Integral a la Niñez (PAISS):

El PAISS representa una forma de llevar atención básica en salud a poblaciones marginadas en áreas rurales del país.

Las actividades se desarrollan a través de giras periódicas a las comunidades seleccionadas, seis rondas por año como mínimo. Esto ofrece la ventaja sobre las giras tradicionales de poder dar seguimiento al grupo objetivo.

El costo estimado es de US\$28 a US\$32 por persona atendida por año, dependiendo de la accesibilidad de las comunidades. Este monto no incluye el costo del Nutricereal ni de los suplementos ya que el Ministerio de Salud se lo provee a la OE.

El seguimiento se hace en base a informes trimestrales de las OE con datos de cobertura y actividades realizadas y de acuerdo a indicadores previamente definidos. No se ha realizado evaluación de impacto.

2.5.5 Bono familiar para la compra de alimentos:

Este programa iniciado en el 2005 es coordinado por SENAPAN con la participación de otras instituciones como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Agricultura, entre otros. Intervienen directamente las autoridades locales y entre los beneficios están un incentivo a la economía local a través del pago de impuestos municipales y el canje de bonos a nivel de establecimientos comerciales o kioscos ubicados en las comunidades.

Está focalizado en distritos de pobreza extrema, con población rural e indígena extremadamente dispersa y se inicia con un censo del total de familias en las áreas de intervención.

Inició como un programa piloto en los distritos de Mironó y Santa Fe y en la actualidad se ha

extendido a los distritos de Ñurum, Besikó y Nole Duima.

Al limitar el uso del bono exclusivamente para alimentos y tener un bajo costo de manejo, este programa tiene un alto potencial para mejorar la nutrición infantil, ya que al contar la familia con alimentos hay más posibilidad que el Nutricereal del PAC sea utilizado exclusivamente para los niños, evitando la dilución intrafamiliar. Se requiere fortalecer el seguimiento a los niños y niñas así como una orientación más efectiva a la madre.

Se cuenta además con una línea basal en niños menores de 5 años, que incluye antropometría, recordatorio de 24 horas y valores bioquímicos para determinar anemia, vitamina A y cinc.

2.5.6 Transferencia o Subsidio Económico Condicionado:

El Sistema de Protección Social como Red de Oportunidades que busca aliviar de manera directa e integral las necesidades inmediatas de los hogares en extrema pobreza, condiciona la participación al compromiso de mantener la escolaridad de los niños y participar en diversos programas de capacitación, de apoyo comunitario y uso de los servicios y de las redes de servicio público (implementación de programas de mejoramiento productivo, de titulación y notificación de tierras agrícolas, de nutrición y generación de ingresos y empleo).

Las familias beneficiarias lo son de manera temporal mientras se cumplen el conjunto de objetivos y metas relacionados con los indicadores de salud, educación y desarrollo de capacidades, es decir, asegurar la inclusión social de las mismas.

Según lo planteado en el documento del INSP, 2006, sobre evaluación de este tipo de programas en México (Oportunidades) y Nicaragua (Red de Protección Social), estos tienen efectos positivos sobre el gasto total de los hogares beneficiarios y se encontró un incremento del número de alimentos adquiridos y en la calidad de la dieta de las familias.

Basado en el mapa de pobreza de 2003 y en censos de población y vivienda del 2000, la Red de Protección Social de Panamá seleccionó, para una primera fase, 26 corregimientos de mayor índice de pobreza extrema. A partir de esa fecha cada año se ha ampliado la cobertura de este programa y en el 2007 cubrió un total de 476 corregimientos, 67% de provincias y comarcas cubiertas, 50,833 hogares en extrema pobreza incluidos y un recurso financiero de 16.6 millones de balboas invertidos.

Al igual que el bono alimentario, este programa podría contribuir a evitar la dilución intrafamiliar del Nutricereal del PAC pero igualmente necesitaría fortalecerse el componente de seguimiento a los niños y orientación a la madre.

2.6 GASTO PÚBLICO EN INTERVENCIONES PARA COMBATIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

El gasto público social del país fue de B/ 2,434 millones el año 2004, cifra que ha crecido a un ritmo cercano al 5% anual los últimos 5 años. El crecimiento no ha seguido una tendencia lineal, ya que han habido períodos de contracción y de expansión del gasto. El monto de la

inversión global determina un promedio del orden de B/ 767 por habitante/año.

El gasto en salud constituye cerca del 6% del PBI y el 12% del gasto público total, proporción que es algo menor en Educación (cerca del 4.5% del PBI y del 10% del gasto público). Los diferentes programas alimentarios y nutricionales representan una inversión anual del orden de B/ 20 millones, lo que representa cerca del 1.4 % del gasto público en salud y educación.

Aunque se ha hecho un importante esfuerzo en programas alimentarios, el mayor gasto se dirige a alimentación escolar, y solo el 10% corresponde a programas materno-infantil.

En el cuadro siguiente se presenta el presupuesto asignado por los programas descritos en el presente documento. Obsérvese que según casos específicos corresponden a los años 2006, y 2007:

Programas	Presupuesto	Cobertura
<i>PAC</i>	B/. 4.2 millones en 2007.	89,568 niños y mujeres
<i>BONOS FAMILIARES PARA LA COMPRA DE ALIMENTOS</i>	B/ 3.4 millones (bonos y administración) en 2007	7,452 familias
<i>PROGRAMA DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A</i>	2 centavos de dólar costo anual por cada niño de 4 a 11 meses. 4 centavos de dólar para los de 1 a 4 años.	89,763 beneficiarios
<i>PROGRAMA DE SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO</i>	B/. 813,336 en 2007 (compra de hierro y desparasitantes)	533,532 personas
<i>TRANSFERENCIA MONETARIA</i>	B/5.6 millones año 2006. B/16.6 millones año 2007.	50,833 familias

En el caso de la fortificación de alimentos, el costo en el caso de la yodación de la sal y de la fortificación de la harina es mínimo y es absorbido por las empresas. El monitoreo es responsabilidad del Departamento de Protección de Alimentos (DEPA) del Ministerio de Salud que para la sal es adecuado y se hace rutinariamente en plantas y expendios. En el caso de la harina de trigo el monitoreo es deficiente por el costo de los análisis de los laboratorios de alimentos. La AUPSA realiza el monitoreo de todos los productos importados para consumo humano o animal en todos los puntos de ingreso al país.

3. EL PLAN

3.1 DESCRIPCIÓN, OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS

El presente plan se centrará en los grupos más vulnerables a la desnutrición como son la madre embarazada, la lactante y el niño menor de 36 meses en distritos prioritarios del país. A

continuación se presentan los resultados esperados para el año 2015 y la matriz del marco lógico del plan con actividades por resultado esperado.

El Comité Técnico de SENAPAN elaborará planes operativos bianuales multisectoriales que serán presentados al Gabinete Social. En estos planes operativos se incluirán actividades concretas, metas a corto plazo, presupuestos y responsables. Al completarse cada bienio se evaluará los avances logrados de dicho plan.

Objetivo General:

Se reduce la prevalencia de desnutrición moderada y severa en niños de 0 a 36 meses.

Resultados Esperados:

Resultado 1

Se incrementa la cobertura de atención primaria en salud de embarazadas y niños de 0 a 36 meses.

Resultado 2

Las madres embarazadas atendidas en el sistema de salud llegan al parto con un incremento de peso adecuado y sin anemia.

Resultado 3

Se incrementa el porcentaje de madres que dan lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

Resultado 4

Los niños inician alimentación complementaria a los 6 meses con alimentos adecuados en calidad y cantidad.

Resultado 5

Se reduce la prevalencia de deficiencia de micronutrientes (vitamina A, hierro, cinc) en menores de 3 años.

Los resultados 2, 3 y 5 son compartidos con el Plan de Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes 2008-2015

3.2 FOCALIZACIÓN

El plan va dirigido a embarazadas, lactantes y niños menores de 36 meses de los 98 corregimientos de mayor índice de pobreza, pobreza extrema y desnutrición.

Atención Integral a la Niñez y a la Embarazada a través de la Red Fija de Salud.

Se focalizará en los 98 corregimientos por distritos priorizados por la Red de Oportunidades (transferencia monetaria condicionada y el bono alimentario). Se trabajará además a través de las giras FOGI (giras integrales).

Atención Integral a la Niñez con Participación Comunitaria (AIN-C):

Se focalizarán en las comunidades atendidas con PAISS (Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud) de las comarcas indígenas atendidas por la Red de Oportunidades.

3.3 EJECUCIÓN

Para la ejecución de las actividades planteadas, se señalan dos grandes componentes:

3.3.1 Fortalecimiento de los Programas de Nutrición Materno Infantil

Objetivo: Que los Programas de Salud y Nutrición existentes lleguen a toda la población vulnerable de forma continua y efectiva.

El fortalecimiento de los programas debe estar fundamentado en políticas y planes que apoyen la presente estrategia, incluyendo:

- Políticas y planes de Seguridad Alimentaria Nutricional
- Fortificación de alimentos de consumo masivo
- Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SIVISAN y SISVAN)
- Iniciativa de hospitales amigos de los niños y al código de sucedáneos de la leche materna.
- Abastecimiento de insumos en los programas de PAC y suplementación con hierro y vitamina A
- Programas de educación y atención en salud sexual y reproductiva
- Capacitación de recurso humano y material educativo.
- Programas de nutrición y alimentación gubernamentales y no gubernamentales relacionados a la prevención, control y recuperación de la desnutrición de menores de 3 años

Para el fortalecimiento de estos programas se requieren de acciones que permitan mejorar su efectividad como son:

- ✓ Incrementar la inversión para responder a las necesidades de la población vulnerable y mejorar el impacto de estos programas
- ✓ Coordinación e integración de Programas gubernamentales y no gubernamentales en términos de su población objetivo, metas y estrategias, priorizando el enfoque de Atención Primaria en Salud
- ✓ *Consejería Nutricional:* Además del énfasis en la ampliación de la cobertura del servicio, se dará mayor importancia al fortalecimiento de las capacidades de la familia mediante el desarrollo de materiales y programas de capacitación.
- ✓ *Descentralización de los recursos:* Es importante que estos programas destinen recursos y desarrollen estrategias basadas en los gobiernos y estructuras locales.
- ✓ *Organización y participación comunitaria:* Ha sido ampliamente demostrado que el empoderamiento de la comunidad tiene efectos positivos en la eficiencia, eficacia y

sostenibilidad de los programas.

3.3.2 Atención integral a la niñez (AIN)

Experiencias en Latinoamérica han demostrado que, programas de atención infantil integrales a nivel comunitario (AIN-C) unidos a consejería nutricional, monitoreo en crecimiento, fuertemente ligados a los servicios de salud, pueden mejorar las condiciones nutricionales.

En Panamá se está iniciando esta estrategia con financiamiento del BID y del Banco Mundial, ligada a las áreas indígenas cubiertas por el PAISS ya sea a través de OE o de giras institucionales con fondos FOGI. Esto aseguraría un mejor seguimiento.

Con este componente se homologarían los mensajes a la embarazada y a la madre, buscando cambios en comportamientos que sean factibles. Este componente reforzaría las acciones de todos los programas de atención en salud a la embarazada, lactante y al niño menor de 3 años desarrollados por el Ministerio de Salud.

Objetivo: Lograr cambios en comportamientos en la alimentación de la embarazada, madre lactante y los niños y niñas menores de 3 años a través de un monitoreo y consejería individual periódica

Actividades:

- Control prenatal temprano de la embarazada y vigilancia del peso
- Inclusión de las embarazadas bajo peso en el PAC
- Suplementación con hierro y ácido fólico de la embarazada y los niños menores de 5 años.
- Suplementación con megadosis de vitamina A en puérperas y niños menores de 5 años.
- Cobertura total de vacunación completa en niños y niñas
- Promoción del crecimiento y monitoreo periódico del crecimiento en niños y niñas con enfoque preventivo.
- Inclusión en el PAC de todos los niños y niñas menores de 36 meses en los distritos prioritarios, según lo establecido en la norma.
- Control de infecciones y parásitos en niños y niñas
- Consejería a las embarazadas y lactantes sobre su alimentación, cuidado y prácticas de lactancia.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Consejería periódica a las madres de niños menores de 3 años sobre alimentación y cuidado de los niños y niñas
- Consejería a las madres sobre prácticas de alimentación cuando el niño está enfermo.

La principal estrategia en el programa para mejorar la salud y nutrición es el monitoreo del peso tanto en la embarazada como en el niño menor de 3 años y la promoción de cambios en

el comportamiento. Cada mes, en base al crecimiento del niño en el mes anterior, se hace consejería y se negocia con la madre por lo menos un compromiso de cambio en la alimentación del niño que debería realizar durante el siguiente mes. En la siguiente cita, la conversación con la madre continúa, enfocándose inicialmente en el cambio previamente propuesto.

Cada comunidad seleccionará monitoras que serán capacitadas y recibirán una balanza, un manual, curvas de peso y las láminas plastificadas con los mensajes básicos. La principal tarea de estas monitoras será pesar mensualmente a los niños menores de 36 meses y negociar el cambio de conducta con las madres. La/el nutricionista del equipo PAISS las visitará periódicamente y se llevará un registro detallado.

3.4 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.

Monitoreo de cobertura:

SENAPAN con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECD) ha desarrollado un sistema nacional de información y monitoreo de seguridad alimentaria nutricional (SIVISAN). Este sistema es multisectorial y permite desagregar información a nivel de distrito. Uno de los componentes de este sistema incluye una ficha con la que se recolecta anualmente, información de todas las instalaciones del Ministerio de Salud.

A través del SIVISAN se recolecta información para medir el avance de los programas de nutrición en cuanto a incremento de beneficiarios y de disponibilidad de los alimentos complementarios y de los suplementos en las instalaciones de salud.

Los indicadores a medir serán:

- Número total de beneficiarios del PAC
- Número de niños de 6 a 36 meses en el PAC
 - ✓ ¿Cuántos ingresaron al PAC en el año?
- Número de embarazadas en el PAC?
 - ✓ ¿Cuántas ingresaron al PAC en el año?
 - ✓ ¿Cuántas están bajo peso?
- Tiempo que estuvo la instalación sin Nutricereal en el año
- Tiempo que estuvo en la instalación sin suplementos (hierro, ácido fólico o vitamina A)
- Niños de 4 a 11 meses que ingresaron al programa de suplementación con hierro
- Niños de 12 a 59 meses que recibieron suplementación
- Embarazadas que ingresaron al programa de suplementación en el año

En las comunidades donde se desarrolle el AIN-C se recabarán periódicamente los siguientes indicadores:

- Cobertura de asistencia de niños y niñas a las sesiones de pesaje (del total de niños de la comunidad)
- Porcentaje de niños con crecimiento satisfactorio

- Porcentaje de niños con crecimiento insatisfactorio
- Porcentaje de niños con crecimientos insatisfactorio en dos o más meses consecutivos.

MATRIZ DE DISEÑO DEL PLAN

Título: Plan Nacional de “Combate a la Desnutrición Infantil”

Grupo Meta: Niñez de 0 a 36 meses, embarazadas y lactantes

Período de ejecución: 2008- 2015

Área de impacto: Nivel nacional con prioridad en distritos con mayores índices de pobreza y desnutrición.

Fin: Se erradica la desnutrición aguda y crónica en la niñez panameña.

Resumen de proyecto	Indicadores	Medios de verificación	Condiciones externas
<p>Propósito del proyecto: Se reduce la prevalencia de desnutrición moderada o severa en niños de 0 a 36 meses.</p>	<p>Para el 2015</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prevalencia de retardo en talla moderado y severo a nivel nacional se reduce en 30% en niños menores de 36 meses 2. La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años a nivel nacional se reduce en 50% 3. La prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años a nivel nacional se reduce en 30% 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta de niveles de vida - Censos de talla en escolares de primer grado. 	<ul style="list-style-type: none"> • El gobierno mantiene el apoyo al proyecto. • El recurso humano local se incrementa. • No hay grandes desastres naturales, tales como sequías, inundaciones, etc.
<p>Resultados esperados:</p> <p>Resultado 1 Se incrementa la cobertura de atención primaria en salud de embarazadas y niños de 0 a 36 meses</p> <p>Resultado 2 Las madres embarazadas atendidas en el sistema de salud llegan al parto con un incremento de peso adecuado y sin anemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para el 2015 se habrá incrementado la cobertura de embarazadas en las áreas seleccionadas. ✓ Para el 2015 se habrá incrementado la cobertura de niños y niñas de 0 a 36 meses en las áreas seleccionadas. ✓ Para el año 2015 se habrá reducido la prevalencia de bajo peso en embarazadas al momento del parto en 30%. ✓ Para el año 2015 se habrá reducido en 40% la prevalencia de anemia posparto. ✓ Para el año 2015 en los distritos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registros de salud y PAISS ✓ Información del SIVISAN ✓ Evaluación ✓ Registros del MINSA ✓ Contraloría de la República ✓ Sistema de información de SENAPAN (SIVISAN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se incrementa el apoyo a acciones de salud y nutrición de las áreas seleccionadas • El gobierno mantiene y fortalece los programas dirigidos a las embarazadas.

<p>Resultado 3 Se incrementa el porcentaje de madres que dan lactancia exclusiva hasta los 6 meses.</p> <p>Resultado 4 Los niños inician alimentación complementaria a los 6 meses con alimentos adecuados en calidad y cantidad.</p> <p>Resultado 5 Se reduce la prevalencia de deficiencia de micronutrientes (vitamina A, hierro, cinc) en menores de 3 años.</p>	<p>prioritarios se habrá disminuido en 20% la prevalencia de bajo peso al nacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Para el año 2015 se habrá incrementado el porcentaje de madres que dan lactancia exclusiva. <ul style="list-style-type: none"> ▪ A los 4 meses en un 70% ▪ A los 6 meses en un 30% ✓ Mayor porcentaje de niños menores de un año inician la alimentación complementaria a los 6 meses ✓ Mayor porcentaje de niños menores de un año reciben una alimentación complementaria adecuada en calidad (macro y micronutrientes) ✓ Para el 2015 se reduce en 25% la prevalencia de anemia en menores de 3 años ✓ Se incrementa la frecuencia de consumo de alimentos fuentes de vitamina A, hierro y Cinc en menores de 3 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta de niveles de vida ✓ Evaluación pre y post ✓ Evaluación pre y post ✓ Encuestas dietéticas y mediciones bioquímicas en evaluación. ✓ Registros de instalaciones de salud y PAISS 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la ley de sucedáneos de la lactancia materna. • El personal da orientación a la embarazada. • Se continúa dando alimentos fortificados • Se continua dando alimentos fortificados. • Continúan los programas de suplementación con micronutrientes.
---	--	--	---

**PLAN NACIONAL DE “COMBATE A LA DESNUTRICIÓN INFANTIL”
ACTIVIDADES POR RESULTADO ESPERADO**

Resultados Esperados	Actividades	Responsables
<p>Resultado 1 Se incrementa la cobertura de atención primaria en salud en embarazadas y niños de 0 a 36 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecimiento con recurso humano a instalaciones de salud a nivel local ✓ Incremento de cobertura a través de giras del equipo de salud y de organizaciones contratadas por salud (PAISS) 	<p align="center">MINSA</p>
<p>Resultado 2 Las madres embarazadas atendidas en instalaciones del MINSA llegan al parto con un peso adecuado y sin anemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consejería a embarazadas y otros miembros de la familia sobre alimentación en el embarazo. ✓ Inclusión de embarazadas con bajo peso en el programa de alimentación complementaria ✓ Vigilar ganancia de peso durante el segundo y tercer trimestre ✓ Entrega de suplemento de hierro y ácido fólico a embarazadas en su primera consulta y consejería para asegurar su consumo. ✓ Monitoreo de hemoglobina en mujeres embarazadas y en edad fértil. 	<p align="center">MINSA</p>
<p>Resultado 3 Se incrementa el porcentaje de madres que dan lactancia exclusiva hasta los 6 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer la iniciativa de hospitales amigos de los niños ✓ Apoyo al código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y hacer cumplir las leyes de protección a la madre lactante trabajadora. ✓ Capacitar al personal en consejería sobre lactancia materna y como promoverla en unidades de salud y en la comunidad. ✓ Diseñar materiales para consejería y otras actividades de comunicación de promoción y apoyo a la lactancia. ✓ Consejería interpersonal en la comunidad a través de personal capacitado de salud o de otras entidades. ✓ Supervisar calidad y cobertura del apoyo para la lactancia exclusiva que se brinda a las madres en las unidades de salud y comunidad. 	<p align="center">MINSA</p>

<p>Resultado 4 Los niños inician alimentación complementaria a los 6 meses con alimentos adecuados en calidad y cantidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consejería nutricional a madres y personas encargadas de cuidar a niños menores de 3 años con un enfoque de cambio de comportamiento ligado al programa de crecimiento y desarrollo. ✓ Consejería y apoyo a madres sobre prácticas de alimentación cuando el niño esté enfermo o convaleciente. ✓ Fortalecimiento de los programas de Alimentación complementaria (PAC), suplementación con hierro y de suplementación con vitamina A y desparasitación. ✓ Distribución del Nutricereal a todos los niños de 6 a 36 meses en distritos prioritarios y a niños con riesgo y desnutrición en los no prioritarios. 	<p>MINSA</p>
<p>Resultado 5 Se reduce la prevalencia de deficiencia de micronutrientes (vitamina A, hierro, cinc) en menores de 3 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover la introducción oportuna de alimentos fuentes de micronutrientes. ✓ Fortificación de alimentos de consumo masivo. ✓ Promover el consumo de alimentos fortificados. ✓ Suplementación con hierro, y vitamina A, a niños menores de 3 años. ✓ Prevención y tratamiento oportuno de parásitos intestinales. ✓ Vigilancia de la yodación universal de la sal. ✓ Vigilancia de los alimentos fortificados 	<p>MINSA SENAPAN AUPSA</p>

BIBLIOGRAFÍA

ATALAH EDUARDO Y RAMOS ROSARIO (2005). Evaluación de programas sociales con componentes alimentarios y/o de nutrición en Panamá. Informe de consultoría PMA, UNICEF, UNFPA y SENAPAN.

FEDERACIÓN RED NICASALUD (2004), Atención integral a la niñez en la comunidad, sistematización de la experiencia. Nicaragua.

FINQUELIEVICH y COL. (2005). Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad de Buenos Aires. Argentina.

GABINETE SOCIAL (2006), Sistema de Protección Social. Resumen de trabajo del Ministerio de Desarrollo Social. Panamá.

GACETA OFICIAL, Decreto Ejecutivo No.171 (2004, No.25, 162). Crea la Secretaría Nacional de Coordinación y Seguimiento del Plan Alimentario Nacional. Panamá.

HIDALGO SUELEN Y SANDOVAL FRANCIA (2006). Evaluación de la ejecución e identificación de barreras y facilitadores del Programa de alimentación complementaria del MINSA en el Hospital Regional de Cañazas, Provincia de Veraguas. Universidad de Panamá, Trabajo de Graduación de la Licenciatura en Nutrición y dietética.

INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMA-INCAP. (2005). Diagnóstico de la situación nutricional y caracterización de programas alimentario nutricionales dirigido a niños y niñas de 6 a 36 meses en Centro América y Panamá. Informe final.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA- INSP. (2006) Desnutrición crónica en Centroamérica e inventario de Intervenciones nutricionales, versión 2.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA- INSP. (2006) Análisis del impacto de intervenciones nutricionales en el grupo materno infantil. Estudio preparatorio No. 2.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS (2005), Panamá: Mapas de pobreza y desigualdad a nivel de distritos y corregimientos. Panamá, Rep. de Panamá.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (2006), Encuesta de Niveles de Vida 2003. Situación nutricional, patrón de consumo y acceso a alimentos de la población panameña. Panamá.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (2006). Distribución del ingreso en Panamá. Panamá.

MINISTERIO DE SALUD, OPS/OMS, INCAP.(2003). Mejorando la nutrición de niños y niñas de 6 meses a 2 años en áreas peri urbanas de la ciudad de Panamá. Resultados utilizando la metodología de Propan “proceso para la promoción de la alimentación del niño”.

MINISTERIO DE SALUD (2008). Plan Nacional de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes en Panamá 2008-2015

MINISTERIO DE SALUD, UNICEF, OPS/OMS.(2006). Situación de deficiencia de hierro y anemia, Panamá.

MINISTERIO DE SALUD (1999). Encuesta Nacional de Vitamina A y anemia. Panamá.

PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (2006). Consulta Técnica Regional “Hacia la Erradicación de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana”. Panamá.

Ministerio de la Juventud, Mujer, Niñez y Familia – UNICEF (2002). Plan Estratégico Nacional de la niñez y la adolescencia.

SENAPAN (2005). Documentos descriptivos del proyecto piloto de bonos familiares para alimentos. Panamá.

SENAPAN (2008). Informe 2007. Panamá

SENAPAN, MINSA, Fundación Adán Ríos (2006). Evaluación nutricional en preescolares y escolares de los distritos de Mironó, comarca Ngöbe-buglé y Santa Fe, Veraguas. Panamá.

THE WORLD BANK (2006). Nutritional failure in Ecuador: Causes, consequences and solutions. Report No: 36588-EC

VILLALOBOS, C.; MCGUIRE, J. Y ROSENMOLLER, M. (2000). AIN-C, atención integral a la niñez-comunitario mejorando la salud y la nutrición a nivel comunitario. Honduras.

INDICE DE SIGLAS

BID	Banco Interamericano de desarrollo
ENV	Encuesta de Niveles de Vida
FAO	Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FOGI	Fondo de inversión para giras de salud
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
MEDUCA	Ministerio de Educación
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDA	Ministerio de Desarrollo Agropecuario
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
PAC	Programa de Alimentación Complementaria
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAISS	Paquete de Atención Integral en Salud
PMA	Programa Mundial de Alimentos
SENAPAN	Secretaría Nacional del Plan Alimentario Nacional
SIVISAN	Sistema de vigilancia de la Seguridad Alimentaria Nutricional.

Anexos

1. Ficha Técnica del Sector Salud del SIVISAN
2. Descripción de los Programas del MINSA, SENAPAN y MIDES

MINSA/SENAPAN
INSTRUCTIVO
AÑO DE REFERENCIA -2005

Identificación:

- Registre el nombre de la instalación y el código utilizado por el Ministerio de Salud.
- Marque con una X la casilla del tipo de instalación que le corresponda.
- Registre la provincia y distrito con sus respectivos códigos geográficos.
- Registre el total de corregimientos que cubre la instalación, su nombre y código geográfico.
- Registre la población total que cubre la instalación / OE y desegregando por edades.
- Registre el número de nutricionistas y el número de auxiliares de nutrición con que cuenta la Instalación y además cuantos días aplica en la cobertura de servicios, ya sea por semana, cada quince días o por mes.

Al responder las preguntas sobre los diferentes programas registre sólo lo que se realizó en su instalación/ OE, o que no sea cubierta por otra instalación. Por ejemplo, un Centro de Salud puede cubrir varios corregimientos pero si en estos hay sub-centros o puestos de salud, ellos reportarán lo referente a su área. De esta forma evitaremos duplicación de información.

1. ¿Recibió nutricional durante el año?:

Marque una "X" en la casilla que corresponda.

a) Si la respuesta fue "Sí", anote cuántas libras recibió en el año.

2. ¿Durante el año la instalación se quedó sin nutricional?:

Marque una "X" en la casilla que corresponda. Si la respuesta fue "Sí", anote por cuánto tiempo en la casilla de meses, si fue un mes o más o en la de días si fue menos de un mes.

3. Programa de alimentación complementaria (PAC):

- a) Registre el total de beneficiarios del PAC durante el año.
- b) Registre el N° total de niños de 6 a 36 meses en el PAC, b1) los que ingresaron al PAC en el año y b2) el N° de desnutridos.
- c) Registre el N° total de niños de 37 a 59 meses en el PAC, c1) los que ingresaron al PAC en el año y c2) el N° de desnutridos.
- d) Registre el N° total de embarazadas en el PAC, d1) las que ingresaron al PAC en el año y d2) el N° de madres en bajo peso.
- e) Registre el N° total de madres lactantes en el PAC, e1) las que ingresaron al PAC en el año y e2) el N° de lactantes en bajo peso.

4. ¿Durante el año la instalación recibió suplementos de hierro?:

Marque una "X" en la casilla que corresponda.

5. ¿Durante el año se quedó sin alguno de los suplementos de hierro?:

Marque una "X" en la casilla que corresponda.

a) Anote por cuanto tiempo.

b) Marque con una "X" cuál o cuáles suplementos faltaron.

6. Programa de suplementación con hierro:

- a) Registre el N° de niños(as) de 4 a 11 meses que ingresaron al programa.
- b) Registre el N° de niños(as) de 12 a 59 meses que recibieron suplementación.
- c) Registre el N° de embarazadas que ingresaron al programa.

7. Programa de salud escolar:

- a) Registre el número total de escuelas en el área que cubre su instalación que están en el programa de salud escolar ya sea cubiertas por el MINSA o por la CSS.
 - a.1 Registre el total de niños atendidos en el programa de salud escolar.
- b) De éstas, cuántas escuelas tienen el programa completo.
 - b.1 Registre el total de niños atendidos con en el programa completo.
- c) Cuántas lo reciben parcial.
 - c.1 Registre el total de niños atendidos con en el programa parcial.
- d) N° de escuelas que recibieron suplementación con hierro por 4 meses o más: Registre el número de escuelas en su área que recibieron suplemento de hierro por 4 meses o más durante el año escolar. No incluya los planteles que lo recibieron por menos de 4 meses.
 - d.1 Registre el total de niños que recibieron suplementación con hierro
- e) N° de escuelas que recibieron desparasitante en el año:
 - Registre el número de escuelas en su área que recibieron desparasitante por lo menos una vez en el año escolar.
 - e.1 Registre el total de niños que recibieron desparasitante en el año.

8. N° de acueductos rurales en el área que cubre su instalación:

- a) Registre el total de acueductos rurales que hay en el área que cubre su instalación y cuántos de éstos acueductos clorinaron el agua durante el año

ANEXO 2
DESCRIPCION DE LOS PROGRAMAS

Programa de alimentación complementaria (PAC)

Operador del programa	Ministerio de Salud
Objetivos	Contribuir a mejorar el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten a controles, madres embarazadas, madres lactantes, y pacientes con tuberculosis que reciben el tratamiento estrictamente supervisado que asisten a las instalaciones de la red de servicios del Ministerio de Salud o a través de su personal en las comunidades.
Tipo de intervención	<u>Alimentación complementaria:</u> Distribución de alimento fortificado (Nutricereal) a través de instalaciones del Ministerio de Salud <u>Corresponsabilidades:</u> Asistencia a los controles de salud, incluyendo vigilancia del crecimiento y control prenatal
Cobertura	Nacional, priorizando las comarcas indígenas y distritos prioritarios
Magnitud de la inversión social	En el 2005 el total de beneficiarios fue de 43,919, de los cuales 9,556 eran mujeres embarazadas.
Criterios y mecanismos de focalización	<u>Geográficos:</u> Priorización de áreas rurales y comarcas indígenas por tener mayor prevalencia de desnutrición. <u>Económicos:</u> Familias que se atienden en instalaciones del Ministerio de Salud, que usualmente no cuentan con seguro social y son en su mayoría pobres. <u>Biológicos:</u> Niños 6-36 meses (todos en los distritos prioritarios y desnutridos según peso/edad en los no prioritarios) Niños de 37 a 59 meses con desnutrición en distritos prioritarios y no prioritarios. Embarazadas y madres lactantes bajo peso.
Costos	El presupuesto para compra de alimentos en el año 2005 fue de B/. 1,796,600. El presupuesto es del Ministerio de Salud.
Adquisición y distribución de alimentos	La compra del producto se hace por licitación pública anual y el proveedor entrega cada dos meses directamente a los lugares de entrega establecidos en el cronograma (Centros de Salud, Sub Centros y Puestos).

Evaluación del programa	<p>En el año 2001 el Ministerio de Salud con apoyo de UNICEF realizó una evaluación de impacto del Programa de Alimentación Complementaria. Se estudió a un total de 857 niños, 429 participantes en el programa y 428 controles. Se tomó además una muestra de 796 embarazadas, 401 en el programa y 395 controles.</p> <p>Algunas de las conclusiones del estudio fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa está bien focalizado pues sus beneficiarios mayoritariamente son de familias de alta vulnerabilidad social y nutricional • Se cumple con los criterios de ingreso al programa • Hay errores de exclusión ya que el 13% de los niños y 2% de las embarazadas del grupo control tenían las condiciones para participar. • La aceptabilidad de la crema fue buena pero el consumo de los niños fue menor a lo esperado debido en parte a dilución intrafamiliar. • En los 9 meses estudiados no se observó una mejoría significativa en el estado nutricional de los niños ingresados en el programa. • La evolución nutricional fue significativamente mejor en niños con mayor grado de déficit nutricional inicial y en aquellos donde las madres tenían mayor nivel de instrucción o familias menos numerosas • No se logró mejorar la ganancia de peso durante el embarazo ni la distribución del peso al nacer en relación al grupo control.
Criterios de Monitoreo	<p>Existen tarjetas de control de la entrega del Nutricereal, en los menores de 6 a 59 meses se registra la fecha de entrega, el peso, talla, estado nutricional, tipo y cantidad de alimentos y fecha de la próxima entrega: En las embarazadas se registra la fecha de entrega, el estado nutricional, tipo y cantidad de libras entregadas y fecha de próxima entrega y en el reverso de esta tarjeta se registra el peso y la talla del recién nacido, fecha de entrega, edad el niño, tipo y cantidad de libras entregadas y fecha de próxima entrega.</p> <p>Además el responsable del programa en la instalación de salud registra diariamente en un formulario la entrega del Nutricereal, por la edad, estado nutricional del beneficiario y total de libras distribuidas.</p>
Informante(s) clave	Lic. Odalis Sinisterra, Departamento de Nutrición, Ministerio de salud. odsinsterra@cableonda.net
Fuente(s) de información	Documentos y datos del Departamento de Nutrición

Programa de suplementación con hierro

Operador del programa	Ministerio de Salud
Objetivos	Corregir y prevenir la anemia por deficiencia de hierro en los grupos más afectados en el país
Tipo de intervención	<u>Suplementación con micronutrientes</u> : Distribución de suplementos de hierro y ácido fólico en forma preventiva a niños menores de 5 años y embarazadas a través de las instalaciones del Ministerio de Salud.
Cobertura	Nacional
Magnitud de la inversión social	El número de beneficiarios estimado para el 2006 en base al total de población y cobertura estimada es el siguiente: Niños de 12 a 23 meses: 43,000 Niños de 24 a 59 meses: 150,000 Embarazadas: 25,000
Criterios y mecanismos de focalización	<u>Económicos</u> : Niños y embarazadas que se atienden en instalaciones del Ministerio de Salud, que usualmente no cuentan con seguro social y son en su mayoría pobres. <u>Biológicos</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Lactantes de bajo peso al nacer y prematuros: iniciar desde los dos meses (10 mg /día) de hierro elemental . • Niños de 4 a 11 meses: 1 mg de hierro/Kg. de peso/día • Niños de 12 a 23 meses: 30 mg de hierro/semana • Escolares de 6-11 años: 60 mg de hierro y 400 mcg de ácido fólico una vez por semana por 4 meses en distritos no prioritarios y 8 meses distritos no prioritarios. • Adolescentes/mujeres en edad fértil: 60 mg de hierro y 400 mcg de ácido fólico una vez por semana por 4 meses. • Embarazadas y madres lactantes: 60 mg de hierro y 400 mcg de ácido fólico/día durante el embarazo y 3 meses post parto.
Costos	El presupuesto para compra de hierro, en forma de gotas, jarabe y pastillas para el 2005 fue de B/. 544,000. El financiamiento es con fondos del Ministerio de Salud
Adquisición y distribución de alimentos	Los suplementos se compran por licitación a nivel central y se distribuyen las instalaciones a través de las farmacias y a las escuelas participantes en el programa.

Evaluación del programa	<p>En el año 2005, se realizó un estudio del impacto del programa en los grupos beneficiarios de los distritos prioritarios, a excepción de los escolares que fueron evaluados también en los distritos no prioritarios. Se estudiaron muestras representativas de lactantes de 12 meses, preescolares, y embarazadas de los distritos prioritarios.</p> <p>Los escolares fueron representados por alumnos de cuarto grado, que se espera hayan recibido la suplementación por el mayor lapso (desde 1 grado).</p> <p>Los lactantes de 12 meses y preescolares fueron captados cuando acudieron a sus controles de crecimiento y desarrollo a su Centro de Salud. Debían estar aparentemente sanos (sin síntomas, ni signos detectables). Las embarazadas fueron captadas cuando acudieron a su control prenatal, independientemente de su edad gestacional. Los escolares de cuarto grado fueron captados en las respectivas escuelas y debían estar sanos (sin síntomas, ni signos detectables).</p> <p>Se realizaron las siguientes determinaciones: hemograma completo, protoporfirina eritrocitaria libre, ferritina sérica y proteína C reactiva.</p> <p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La efectividad de la suplementación preventiva con hierro se demuestra con la importante disminución de la prevalencia de anemia en escolares y embarazadas. • La principal causa de anemia en los distritos prioritarios del país es por deficiencia de hierro. • Un porcentaje importante de las anemias que no son ferroprivas se deben probablemente a procesos infecciosos. • Se demuestra la efectividad de la estrategia de desparasitación masiva en escolares. • Un alto porcentaje de todos los grupos estudiados recibió los suplementos de hierro pero en el caso de lactantes y preescolares no se tomaban de la forma indicada en la norma. • La administración supervisada del suplemento de hierro en forma semanal en los escolares ha garantizado el consumo y asegurado su efectividad.
Criterios de Monitoreo	Existe un registro diario de dosis de los suplementos de hierro en las instalaciones de salud.
Informante(s) clave	Lic. Odalis Sinisterra, Departamento de Nutrición, Ministerio de Salud. odsinsterra@cableonda.net
Fuente(s) de información	Documentos y datos del Departamento de nutrición

Programa de suplementación con vitamina A

Operador del programa	Ministerio de Salud
Objetivos	Contribuir a mejorar la supervivencia materno infantil en las áreas de extrema pobreza y pobres, aumentando la reserva de vitamina A de la población de alto riesgo.
Tipo de intervención	<u>Suplementación con micronutrientes:</u> Administración de megadosis de vitamina A en base a la siguiente norma. Niños de 6 a 11 meses: Dosis única de 100,000 U. I. Niños de 1 a 5 años : Recibirán 2 capsulas de 200,000 U.I. por año (una cada 6 meses) Púerperas. Dosis Única de 200,000 U.I (puerperio inmediato o 40 días pos parto)
Cobertura	Nacional
Magnitud de la inversión social	Durante el año 2004 se cubrió a un total de 89,763 beneficiarios.
Criterios y mecanismos de focalización	<u>Económicos:</u> Niños y púerperas que se atienden en instalaciones del Ministerio de Salud o giras de salud, que usualmente no cuentan con seguro social y son en su mayoría pobres. <u>Biológicos:</u> Niños de 6 meses a 5 años y madres lactantes.
Costos	El costo de cada capsula de vitamina A es de 2 centavos por lo que el costo anual por cada niño de 4 a 11 meses es de 2 centavos de dólar y para los de 1 a 4 años de 4 centavos de dólar
Adquisición y distribución de alimentos	El financiamiento es con fondos del Ministerio de Salud, tramitando la compra de las megadosis a través de UNICEF.
Evaluación del programa	No se ha hecho evaluación
Criterios de Monitoreo	El registro de la distribución de la megadosis de vitamina A en niños y púerperas se realiza en el formulario diario de vacunación y se registra en la tarjeta de crecimiento y desarrollo.. La información de cobertura se recoge a través de programa ampliado de inmunizaciones (PAI)
Informante(s) clave	Lic. Odalis Sinisterra, Departamento de Nutrición, Ministerio de Salud. odsinisterra@cableonda.net
Fuente(s) de información	Documentos y datos del Departamento de nutrición

Bono familiar para la compra de alimentos

Operador del programa	Secretaria del Plan Nacional de Alimentación y nutrición (SENAPAN)
Objetivos	Contribuir con la Seguridad alimentaria de las familias en situación de pobreza extrema.
Tipo de intervención	<p><u>Subsidio alimentario condicionado:</u> Entrega de bono por \$35.00 mensuales a nombre de la mujer para ser canjeado por alimentos en tiendas seleccionadas de las comunidades.</p> <p><u>Corresponsabilidad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los niños(as) mayores de 6 años deben asistir a la escuela durante todo el año lectivo. (MEDUCA) • Todos los niños(as) deben de tener sus vacunas al día. (MINSa) • Todas las mujeres en edad fértil deben estar con sus controles de salud al día (Embarazo o Papanicolau – MINSa) • Por lo menos un miembro de la familia debe de participar en un programa de producción del MIDA o alfabetización. • En aquellos casos en donde existan personas analfabetas, deben participar en un programa de alfabetización.
Cobertura	Distritos de Mironó, Santa Fe y Nole Duima
Magnitud de la inversión social	A diciembre del 2005 estaban recibiendo el bono un total de 3,366 familias, 1,640 en Mironó y 1,726 en Santa Fe. Nole Duima entró en el año 2006.
Criterios y mecanismos de focalización	<p><u>Geográficos:</u> Municipios rurales clasificados de pobreza extrema</p> <p><u>Económicos:</u> Familias en pobreza extrema según información del censo realizado al inicio del proyecto.</p>
Costos	El presupuesto asignado en el 2006 para los bonos y la administración es de \$ 1,800,000 para un estimado de 5,636 familias incluyendo Nole Duima. El costo de administración es de \$ 78,904 y otros gastos operativos \$ 143,016.
Adquisición y distribución de alimentos	El bono, por \$ 35 mensuales, contiene el nombre y número de cédula de la beneficiaria, pues se hace a nombre de la mujer. Se incluyen en la libreta 7 bonos de B/. 5.00 cada uno, la fecha de expiración y un código de barra que contiene información detallada de la beneficiaria, además de los elementos de seguridad y control. Estos bonos son canjeados por un listado básico de alimentos en establecimientos seleccionados en las comunidades. Para la emisión y redención de los bonos se contrató los servicios de una empresa privada.

Evaluación del programa	En el 2005 se realizó un estudio de nutrición en una muestra aleatoria de pre escolares y escolares de Mironó y Santa Fe, incluyendo antropometría, encuesta dietética y valores bioquímicos para determinar anemia, deficiencia de vitamina A y de Cinc. Este estudio puede servir como línea basal para medir el impacto del proyecto en el estado nutricional de los niños.
Criterios de Monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> • No. de beneficiarios • vacunación y numero de controles de salud en las instalaciones de salud. • Deserción escolar • No. de personas capacitadas en producción de alimentos
Informante(s) clave	Lic. Mery Alfaro de Villageliú, SENAPAN.
Fuente(s) de información	Información proporcionada por SENAPAN

Transferencia monetaria condicionada

Operador del programa	Ministerio de Desarrollo Social, Gabinete Social, Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social
Objetivos	Aliviar de manera directa e integral las necesidades inmediatas de los hogares en extrema pobreza.
Tipo de intervención	<p><u>Transferencia monetaria condicionada:</u> Entrega de \$35.00 mensuales a nombre del cabeza de familia para garantizar acceso a servicios sociales y productivos.</p> <p><u>Corresponsabilidad :</u></p> <p>a) Condicionantes (salud, educación, psico-social) son</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los niños/a mayores de 5 años deben asistir a la escuela durante todo el año lectivo (MEDUCA). • Todos los niños/as menos de 5 años deben tener sus controles de salud y vacunas al día. • Todas las mujeres adultas y embarazadas deben tener sus controles de salud al día. • Familias en riesgo social reciben atención integral psico-social. <p>b) Complementarias (habitabilidad, productividad, trabajo e ingresos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participar de capacitaciones en temas productivos y de generación de ingresos y empleo. • Mejorar las condiciones de habitabilidad
Cobertura	En junio 2006 se iniciaron 26 corregimientos de las provincias Bocas del Toro, Veraguas, Coclé, Colón, Darién, Panamá, Comarca Kuna Yala y Comarca Ngöbe Buglé; en agosto del mismo año se sumaron 34 más, adicionándose la provincia Chiriquí; en diciembre se añadirán 39 corregimientos de las provincias de Herrera y Los Santos, completando un total de 99 corregimientos.
Magnitud de la inversión social	Al momento están recibiendo el subsidio un total de 13,855 familias, cifra que aumentará sensiblemente al final del año en curso.
Criterios y mecanismos de focalización	<p><u>Geográficos</u> Municipios rurales clasificados de pobreza extrema.</p> <p><u>Económicos:</u> Familias en pobreza extrema según Censo de población y mapa de pobreza.</p>
Costos	El presupuesto asignado para el año 2006 es de \$5.6 millones; \$15.3 millones para 2007, todo ello dentro del presupuesto del gobierno central, bajo desembolsos del Ministerio de Desarrollo Social.
Adquisición y	La estrategia de acompañamiento familiar identifica y monitorea las situaciones familiares a fin de asegurar que se beneficie

distribución de alimentos	de la red de oportunidades.
Evaluación del programa	El programa acaba de iniciar.
Criterios de Monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> • Número de familias beneficiarias. • Controles de salud de niños y mujeres en los centros de salud. • 10 Viviendas construidas por corregimiento seleccionado. • Número de capacitaciones productivas y de generación de ingresos.
Informante(s) clave	Nischma Villarreal; Gioconda Palacios; Eliécer Lara.
Fuente(s) de información	Información proporcionada por MIDES-Gabinete Social, Secretaría Técnica del Gabinete Social y Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social