

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

2 – 4 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua



Informe de la Reunión Regional



PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN/
DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
DIVISIÓN DE VACUNAS E INMUNIZACIÓN/PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA/
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

*Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C.*

Esta reunión regional y el informe se realizaron con la ayuda proporcionada por la Iniciativa de Micronutrientes, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Ottawa, Canadá.

© Organización Panamericana de la Salud, 2001

Todos los derechos de este documento están reservados por la Organización Panamericana de la Salud. El documento puede ser revisado, resumido, citado, reproducido o traducido libremente, en partes o en su totalidad, con atributos a la Organización, pero no para su venta ni para su uso en conjunto con propósitos comerciales.

Este documento está disponible electrónicamente en: www.paho.org.

Información sobre este y otros documentos o publicaciones del Programa de Alimentación y Nutrición deben ser dirigidas a:

Programa de Alimentación y Nutrición (HPP/HPN)
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037-2895

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

2 – 4 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua

Informe de la Reunión Regional

Supervisora del proyecto:

Wilma B. Freire, PhD
Coordinadora
Programa de Alimentación y Nutrición

Gerente del proyecto:

Sunny S. Kim, MPH
Consultora
Programa de Alimentación y Nutrición



2001

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN/DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
DIVISIÓN DE VACUNAS E INMUNIZACIÓN/PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA/
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C.

Agradecimientos

El Programa de Alimentación y Nutrición desea agradecer a la División de Vacunas e Inmunización (HVP) y al Programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) su trabajo en colaboración que posibilitó esta reunión regional. En especial se agradece al Dr. Ciro C.A. de Quadros y el Lic. Peter Carrasco de HVP, y al Dr. Yehuda Benguigi, el Lic. Chris Drasbek y el Dr. René Salgado de AIEPI el apoyo brindado en la reunión y las observaciones a este informe de la reunión.

También se agradece en especial a la Dra. Chessa Lutter por su aporte técnico y sus sugerencias.

Este informe de la reunión fue preparado por Sunny S. Kim, Consultora, Programa de Alimentación y Nutrición, en colaboración con la Dra. Wilma B. Freire, Coordinadora, Programa de Alimentación y Nutrición.

ÍNDICE

ANTECEDENTES	1
Objetivos	2
Metodología	2
SITUACIÓN REGIONAL	3
Cobertura	3
Vías de distribución	6
PERFILES DE LOS PAÍSES	8
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	14
1. Mejorar la cobertura de la segunda dosis para los niños	14
Ventajas y debilidades	14
Actividades recomendadas	15
2: Suplementación a las mujeres después del parto	16
Ventajas y debilidades	16
Actividades recomendadas	17
3: Monitoreo y supervisión	18
Ventajas y debilidades.....	18
Actividades recomendadas	19
PRÓXIMOS PASOS	20
Anexo 1: Lista de Participantes	23
Anexo 2: Cuestionario sobre la Suplementación con Vitamina A	28
Anexo 3: Agenda de la Reunión y Pautas para los Grupos de Trabajo	38

ANTECEDENTES

La deficiencia de vitamina A (VAD) es no solo la causa más importante de la ceguera de la niñez en los países en desarrollo, sino aun a niveles subclínicos, también contribuye significativamente a tasas altas de morbilidad y mortalidad por infecciones comunes de la niñez. En la Región de las Américas, la deficiencia de vitamina A prevalece como una enfermedad subclínica generalizada en muchos países, donde se estima que más de un cuarto de los niños menores de 5 años están afectados por la VAD.

La administración de suplementos de vitamina A es una de las tres intervenciones para combatir este problema a nivel de salud pública conjuntamente con la fortificación de alimentos y la diversificación alimentaria. Es un recurso de bajo costo y sumamente eficaz para mejorar rápidamente el estado nutricional de la vitamina A y la salud de los niños. Los suplementos periódicos de alta dosis de vitamina A tienen una notable repercusión múltiple en la salud de los niños pequeños, reduciendo el riesgo de mortalidad por todas las causas en cerca del 23%, mortalidad por sarampión en un 50% y mortalidad por enfermedades diarreicas en cerca del 33%. La OMS recomienda proporcionar 100.000 UI de vitamina A a los niños de 6 a 11 meses de edad, que se les dé a los niños mayores de un año 200.000 UI de vitamina A cada cuatro a seis meses y a las madres una dosis única de 200.000 UI de vitamina A hasta seis semanas después del parto. Con este acuerdo, todos los países donde hay VAD están llevando a cabo ampliamente la administración de suplementos de vitamina A. Sin embargo, hasta la fecha estaban poco claros el alcance, el progreso y la repercusión de esta intervención en la Región.

En 1998, el Programa de Alimentación y Nutrición (HPN), junto con la División de Vacunas e Inmunización (HVP), de la Organización Panamericana de la Salud emprendió un proyecto conjunto para la suplementación con vitamina A a través de contactos de inmunización en seis países de la Región de las Américas. Este proyecto se concibió mediante el resurgimiento de conversaciones sobre la suplementación con vitamina A y en particular la factibilidad logística de integrar este programa al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para aumentar la cobertura. Se reconsideró esta estrategia teniendo en cuenta el éxito del PAI en asegurar alta cobertura de la población al establecer sistemas de administración de vacunas altamente eficaces para los servicios de salud en los países. Este proyecto, que se llevó a cabo mediante la ayuda de una subvención de la Iniciativa de Micronutrientes de Canadá, examinó la situación de la suplementación con vitamina A en los seis países participantes, y los programas de administración de suplementos puestos en práctica o reforzados para asegurar la administración adecuada y suficiente de vitamina A durante dos años a los niños y mujeres del grupo objetivo. Los países que participaron en este proyecto fueron Bolivia, Brasil, Ecuador, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

El proyecto de suplementación con vitamina A recalcó la ejecución de elementos programáticos esenciales en los seis países participantes. Se reforzó la distribución mediante la coordinación interprogramática, la capacitación del personal de salud a diversos niveles, vigilancia y supervisión. Dado el éxito del PAI en la cobertura de vacunación, que alcanzó cerca del 90% de niños menores de un año en la Región con vacunas contra DPT, VOP, sarampión y BCG, se promovió la integración de la administración de suplementos de vitamina A junto a actividades de inmunización para aumentar la cobertura de suplementación. Personal de salud de los niveles centrales y locales recibieron adiestramiento en técnicas para manejar las cápsulas de vitamina A, administración de suplementos, registro de datos e inscripción. Se centró la atención en particular en la identificación de un sistema de información para recopilar los datos de suplementación con vitamina A. Se reforzó el registro y la notificación de datos para evitar toda posibilidad de sobredosis, facilitar el seguimiento de la suplementación en las tarjetas de salud para completar los regímenes de dosificación, vigilar la cobertura y evaluar la eficacia del programa en el logro de sus metas de cobertura. Aunque la toxicidad de vitamina A debida a la acumulación excesiva es sumamente rara y sus síntomas pueden ser aliviados al eliminar sencillamente la fuente de la misma, el registro en la tarjeta de inmunización o de salud del niño o la

madre que recibe el suplemento ayuda a evitar la administración de otra dosis alta del suplemento de vitamina A en menos de un mes, período en el cual es posible que ocurra la sobredosis. La notificación de datos también es sumamente importante para identificar el progreso del programa en alcanzar a la población objetivo.

Con el fin de examinar las lecciones aprendidas mediante el proyecto durante los dos años y esbozar la acción integrada para el futuro a fin de reducir la deficiencia de vitamina A, se celebró una reunión regional del 2 al 4 de mayo del 2001 en Managua, Nicaragua. Fueron invitados a participar 10 países de la Región, seis que habían participado en el proyecto de dos años y otros cuatro que actualmente tienen programas de suplementación con vitamina A y habrían de dar lugar a una discusión más amplia de las experiencias y estrategias específicas para aumentar la cobertura de administración de suplementos de vitamina A (véase la Lista de Participantes en Anexo 1).

De cada uno de estos países, se identificaron dos a tres participantes de los Ministerios de Salud, profesionales responsables de programas de Nutrición e Inmunización en cada país, y del Programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en los países donde este funciona. Cada uno de estos programas y países estuvieron bien representados mediante la asistencia de los diversos participantes, salvo el Brasil, que sólo fue representado por el un participante del Programa de Salud Infantil debido a conflictos de fechas de los otros invitados.

Objetivos

La reunión tuvo tres objetivos:

1. Evaluar los avances y las lecciones aprendidas en la suplementación con vitamina A en la Región;
2. Identificar las ventajas y debilidades de los programas de suplementación con vitamina A; y
3. Identificar las estrategias y un conjunto de actividades para fortalecer la suplementación rutinaria, es decir, la coordinación interprogramática para los sistemas de entrega múltiple, necesidades de capacitación, logística, movilización, monitoreo y evaluación.

Metodología

Antes de la reunión, se preparó un cuestionario sobre la suplementación con vitamina A, el cual se envió a cada uno de los países participantes (véase el Anexo 2). Los cuestionarios completados se recibieron antes de la reunión y durante la misma. Los datos de los cuestionarios se usaron para elaborar perfiles de los países y para actualizar la situación de la intervención en las Américas. Los países también usaron información para preparar sus presentaciones de diez minutos sobre las estrategias propuestas para mejorar sus programas actuales de suplementación con vitamina A, que se presentaron durante la reunión.

La reunión se dividió en dos partes principales. En primer lugar, los participantes de cada uno de los países dieron presentaciones breves en lo referente a las lecciones aprendidas específicas y sugirieron actividades para fortalecer sus programas. En segundo lugar, los participantes se dividieron en tres grupos de trabajo separados para tratar tres temas diferentes relacionados con los temas programáticos más problemáticos. A cada uno de estos grupos se les dieron normas de discusión solicitando que definieran las ventajas, las debilidades y las actividades para mejorar el programa en estas tres áreas (véase el Anexo 3 del Agenda de la Reunión y Pautas para los Grupos de Trabajo). Después de estas sesiones, se celebró una sesión plenaria para presentar las conclusiones de cada grupo. Estas conclusiones se consolidaron para formar un conjunto de recomendaciones y actividades específicas para su ejecución en la Región, y se presentan en este informe.

SITUACIÓN REGIONAL¹

Si bien no se ha identificado que ningún país de la Región de las Américas con deficiencia de vitamina A clínica como problema de salud pública, hay numerosos países que se caracterizan por tener VAD subclínica grave a moderada, por lo cual la mayoría están llevando a cabo actualmente programas de administración de suplementos para combatir este problema. Aunque dos países (Bolivia y Brasil) han estado realizando suplementación con vitamina A durante un decenio, la mayoría de los países comenzaron la administración de suplementos entre mediados y fines de los años noventa.

Con los años recientes de experiencia en la suplementación con vitamina A, se han logrado diversos avances programáticos. Se incorpora la suplementación con vitamina A a las actividades de inmunización, hay más participación de los recursos humanos de diferentes programas de salud, la suplementación de las mujeres después del parto está empezando a incluirse en la estrategia y hay mayor conocimiento para fortalecer los programas de suplementación mediante los esfuerzos integrados y el monitoreo regular, así como la conciencia creciente de la necesidad de priorizar las intervenciones para eliminar la VAD. No obstante, todavía hay muchas debilidades programáticas que se han identificado específicamente y requieren fortalecimiento.

Cobertura

En todos los países, la población objetivo para la suplementación con vitamina A son los niños menores de cinco años y, en varios países, las mujeres después del parto. Cinco de los diez países (Bolivia, República Dominicana, Guatemala, Honduras y Nicaragua) que informaron sobre sus actividades de administración de suplementos están proporcionando actualmente cobertura nacional, mientras que los cinco restantes (Brasil, Ecuador, México, Panamá y Perú) están ejecutando la suplementación focalizada en las áreas específicas de alto riesgo de sus países que son objetivos del programa.

En lo que respecta a los niños de 6 a 11 meses de edad, los datos de los años 1998-2000 muestran que las tasas de cobertura de la suplementación con vitamina A en este grupo de edad son generalmente altas en la mayoría de los países, por encima de 60% (Figura 1). Esta alta cobertura de niños menores de un año se debe probablemente a sus contactos frecuentes por medio de los servicios de salud rutinarios que recalcan la atención temprana de salud a los niños pequeños. En particular, este grupo de edad coincide

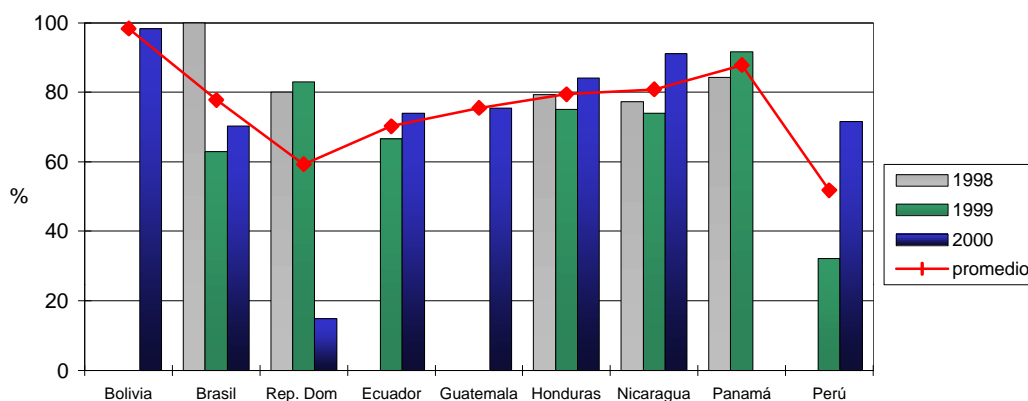


Figura 1: Tendencias en la cobertura de suplementación con vitamina A de los niños 6 a 11 meses de edad en los años 1998-2000 y los porcentajes promedio de tres años

¹ Información basada en los informes de 10 países: Bolivia, Brasil, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y la República Dominicana. En el informe de México no se incluyeron datos cuantitativos sobre la cobertura, ya que en el país no existe un sistema de información sobre la suplementación con vitamina A.

con el grupo objetivo para las vacunaciones de la niñez, incluida la vacuna antisarampionosa, que permite lograr alta cobertura para la suplementación integral. Sin embargo, todavía hay algunas tasas marcadamente bajas de cobertura. Estas tasas bajas para ciertos países probablemente se atribuyen a uno o más factores, como la notificación insuficiente debida a un sistema irregular de información, cambios en la situación política y/o económica del país, condiciones ambientales y desastres naturales inesperados, y coordinación débil durante las campañas nacionales, entre otros.

La cobertura para la primera dosis de vitamina A por año para los niños mayores de un año, en promedio, no es tan alta como las tasas de cobertura para los niños menores de un año, como se presenta en la Figura 2. Aunque algunas tasas de cobertura individual parecen llegar a niveles casi tan altos como los de los niños más pequeños, las medianas de tres años correspondientes a la primera dosis de vitamina A para los niños mayores ocupan una amplia gama, de 34% a 75%, y las tasas correspondientes a varios años y a países específicos disminuyen drásticamente por debajo de esta gama.

Con la edad se vuelve progresivamente más difícil llegar a los niños a los que se quiere llegar para administrar suplementos de vitamina A, ya que los contactos con los servicios de salud regulares se tornan menos frecuentes. Hay menos oportunidades de llegar a los niños mayores por medio de contactos del servicio de salud, en particular después de los dos años de edad para cuando han finalizado la mayoría de los calendarios de vacunación. Aunque la mayoría de los países han identificado a los niños menores de 5 años como el grupo objetivo de su Seguro Básico de Salud o Programa de Salud de los Niños que contribuyen a algunos de los logros en la cobertura, hay aún menos esfuerzos y canales preexistentes para asegurar la cobertura total de los niños mayores de un año.

Aún más notable que la disminución de las tasas de cobertura entre los niños menores de un año y la primera dosis por año para los niños mayores de un año son las tasas para la segunda dosis de vitamina A por año (Figura3). Con escasas excepciones, las tasas de cobertura para las segundas dosis son sumamente

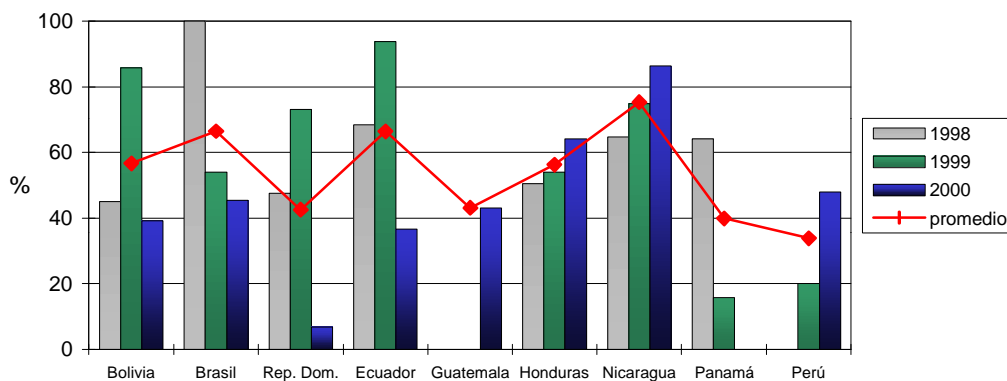


Figura 2: Tendencias en la cobertura de la primera dosis de suplementos de vitamina A por año para los niños un año de edad y mayores y porcentajes promedio de tres años (1998-2000)

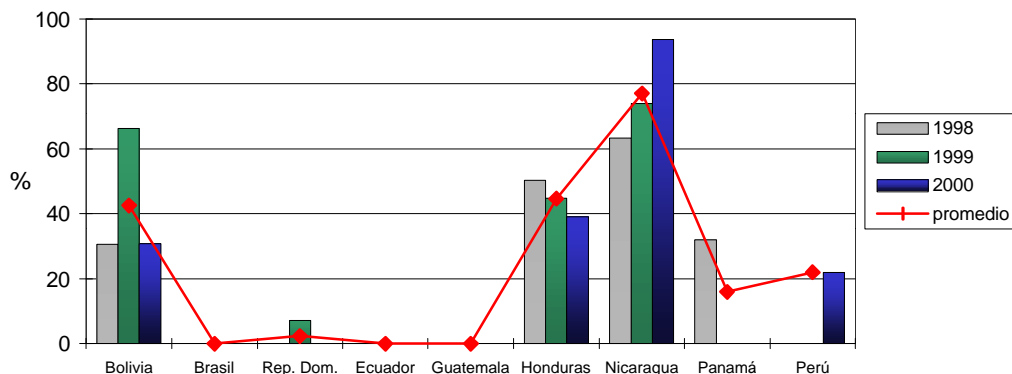


Figura 3: Tendencias en la cobertura de la segunda dosis de suplementos de vitamina A por año para los niños un año de edad y mayores y porcentajes promedio de tres años (1998-2000)

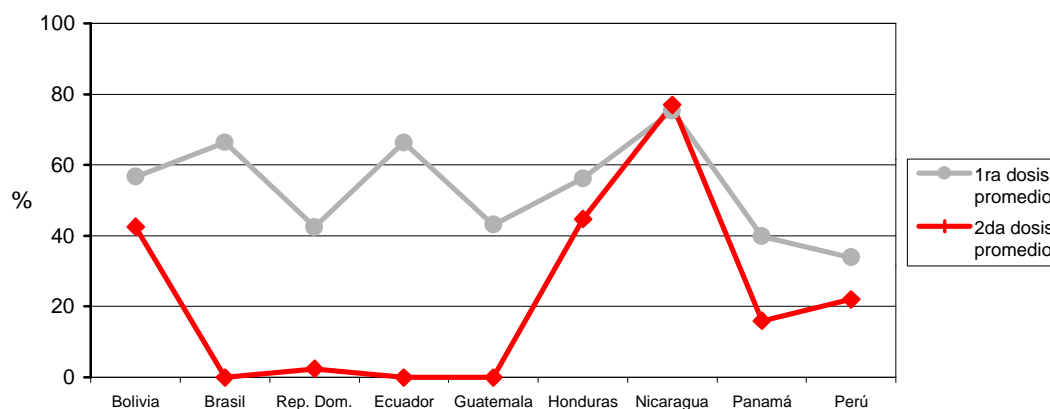


Figura 4: Tasas de cobertura media de tres años para la primera y segunda dosis de suplementos de vitamina A por año para niños de un año de edad y mayores (1998-2000)

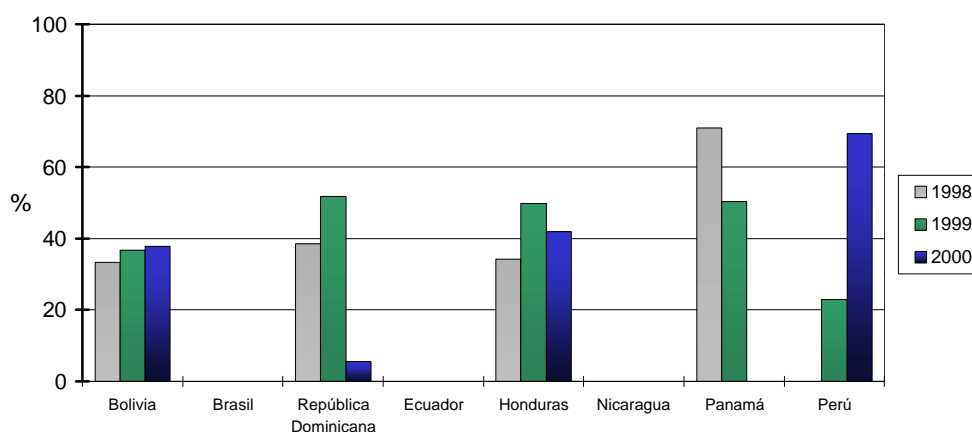


Figura 5: Tendencias en la cobertura de la suplementación con vitamina A a mujeres después del parto (1998-2000)

bajas. Sólo Nicaragua, con sus campañas nacionales de salud cada seis meses y el sólido enfoque de servicios integrados de salud, demostró tasas de cobertura uniformes por encima de 60%. Es evidente que la administración de dosis de seguimiento para los niños objetivo es una estrategia débil o inexistente en la mayoría de los países.

La diferencia en las tasas de cobertura entre la primera y la segunda dosis por año para los niños mayores de un año de edad se hace aún más evidente cuando se superponen los porcentajes promedio de tres años durante los años 1998-2000 (Figura 4). La dificultad de alcanzar a los niños después de su primer año de vida se complica aún más por la dificultad de hacer un segundo encuentro con el niño en el mismo año.

La administración de suplementos de vitamina A a mujeres inmediatamente después del parto es una estrategia relativamente nueva para la mayoría de los países. Aunque ocho países notificaron que las mujeres después del parto eran un grupo objetivo de sus programas de suplementación con vitamina A, sólo cinco notificaron datos reales de cobertura (Figura 5). (Guatemala y México no han incluido a mujeres después del parto como grupo objetivo para la suplementación con vitamina A.) En los países que no notificaron cobertura, es probable que este grupo objetivo se haya incorporado sólo recientemente al programa o, sencillamente, no se haya obtenido cobertura significativa. Sin embargo, la baja cobertura de este grupo objetivo, en general, puede atribuirse a los retos en la integración de estas medidas con otros programas de salud, como programas de vacunación y de salud infantil, servicios de salud reproductiva y aun contactos de salud no tradicionales, para alcanzar a las madres directamente o durante un contacto de salud para sus lactantes.

Todos los países que están proporcionando suplementación a madres notificaron que administran suplementos de vitamina A en las maternidades y clínicas, y algunos países también informaron sobre la suplementación durante los contactos de vacunación rutinaria. Empero, sólo la mitad de los países que dan estos suplementos mostraron tasas nacionales de nacimientos en establecimientos de salud de 80% o más, mientras que los otros informaron alrededor de 40% (véase Perfiles de los Países). Esto demuestra que aunque la administración de suplementos a madres en las maternidades y clínicas inmediatamente después del parto es una vía esencial de distribución, es insuficiente para asegurar máxima cobertura de las mujeres destinatarias, en particular las que se hallan en mayor riesgo y también es más probable que se encuentren en el grupo de quienes están fuera del sistema formal de salud. Además, se necesita un enfoque interprogramático que comprenda las maternidades, contactos de inmunización y otros servicios de salud para aumentar la cobertura de las mujeres después del parto para la administración de suplementos de vitamina A.

Vías de distribución

Detrás de las cantidades de niños y mujeres del grupo objetivo a los que se ha alcanzado para administrar suplementos de vitamina A, existen vías específicas mediante las cuales los trabajadores de salud locales están entregando activamente los suplementos a cada niño y a cada madre. Las categorías principales de vías de distribución son: 1) campañas nacionales de vacunación o de salud, 2) contactos de vacunación rutinaria y 3) otros, que pueden incluir contactos con agentes de salud comunitaria y otros de salud maternoinfantil. La vinculación entre la suplementación con vitamina A y la vacunación ha sido la vía utilizada con mayor frecuencia para la distribución, en particular para alcanzar a niños menores de 5 años. Anteriormente, las campañas nacionales de vacunación o de salud se usaban con mayor frecuencia para administrar suplementos de vitamina A a los niños. Los porcentajes de las tres vías de distribución utilizadas para proporcionar al menos la primera dosis de suplementos de vitamina A a todos los niños en 1998, de los países donde tal información está disponible, se presentan en la Figura 6.

En los últimos años, los países están combinando campañas y puntos de vacunación rutinaria para alcanzar a más niños objetivo para la suplementación con vitamina A (Figura 7-8). El gran número de oportunidades perdidas que se mostró anteriormente en las tasas de cobertura, en particular en el caso de los niños mayores de un año, y aún más en lo que respecta a su segunda dosis por año, es una manifestación de la brecha que se necesita cubrir coordinando estrechamente actividades de inmunización y contactos de salud para asegurar la realización del régimen de dosificación para los niños objetivo.

Para la suplementación de las mujeres después del parto, las vías para la distribución comprenden tanto actividades de inmunización como contactos en maternidades o clínicas después del parto. Los cinco países que proporcionaron datos reales de cobertura para la suplementación de las madres especificaron el uso de contactos de vacunación o contactos después del parto en establecimientos de salud para alcanzar a las mujeres objetivo durante los años 1998-2000 (Figura 9). Sin embargo, en la información cualitativa que proporcionaron cada uno de los 10 países, todos ellos informaron que estaba usándose una combinación de diversos contactos para alcanzar a las madres inmediatamente después del parto. No obstante, todavía queda una extraordinaria necesidad de mejorar en el fortalecimiento de la cobertura mediante la integración de la administración de suplementos de vitamina A con maternidades, clínicas, parteras, puntos de vacunación y otros contactos de salud reproductiva. También es importante complementar esta actividad con educación de lactancia materna a lo largo de todo el proceso a fin de asegurar el estado adecuado de vitamina A de los lactantes y las madres.

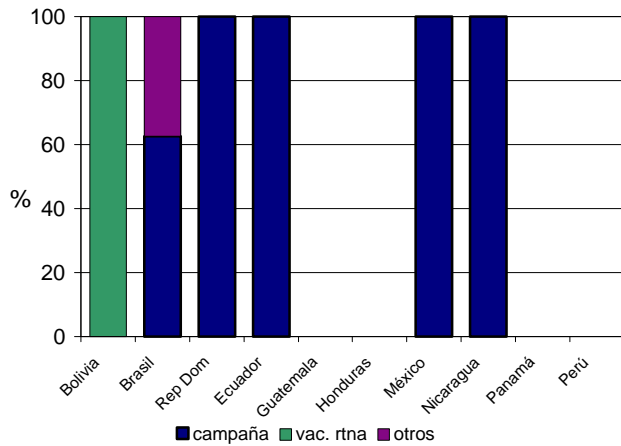


Figura 6: Porcentaje de suplementación con vitamina A a través de varios vías de distribución: Niños (primera dosis), 1998

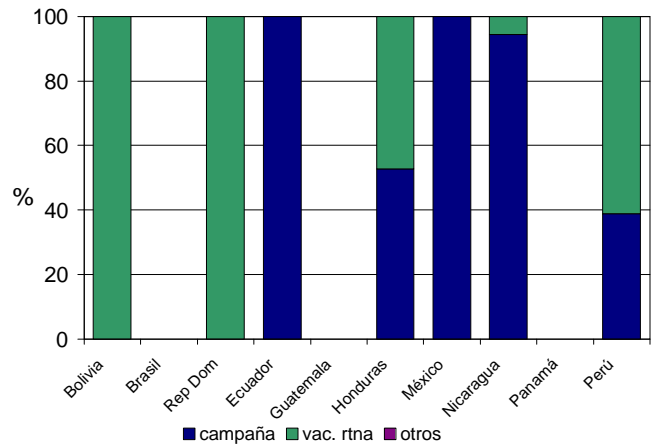


Figura 7: Porcentaje de suplementación con vitamina A a través de varios vías de distribución: Niños (primera dosis), 1999

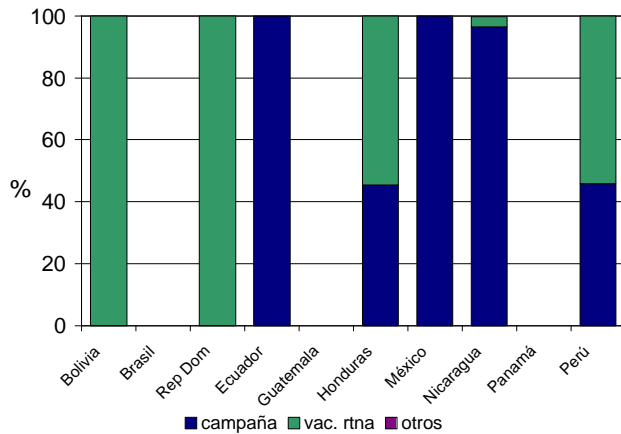


Figura 8: Porcentaje de suplementación con vitamina A a través de varios vías de distribución: Niños (primera dosis), 2000

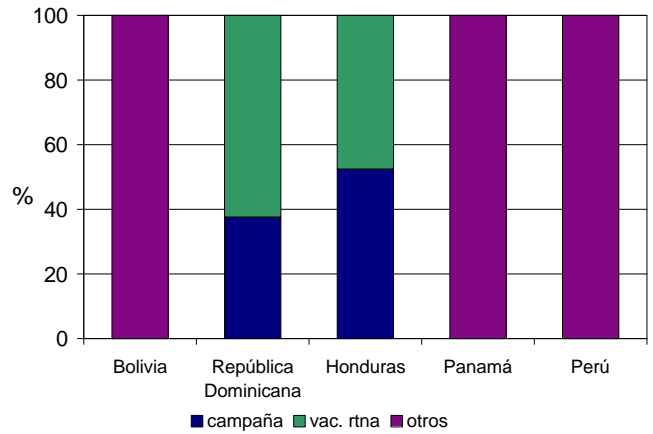


Figura 9: Porcentaje de suplementación con vitamina A a través de varios vías de distribución: Madres, 1998-2000

PERFILES DE LOS PAÍSES

Basándonos en los resultados del cuestionario sobre suplementación con vitamina A completado por cada uno de los países participantes, se elaboraron breves perfiles de países que se presentan a continuación. Éstos ayudan a proporcionar un panorama general de los países y sus programas de suplementación con vitamina A. Las respuestas completas al cuestionario, que no se revelan en este informe de la reunión, se analizarán y se usarán para proporcionar más apoyo técnico a los países, atendiendo sus situaciones y necesidades específicas.

BOLIVIA					
Población (millones)	Población menor de 5 años	Población menor de 1 año			
Prevalencia nacional de mortalidad infantil ² (<1 año)					
Porcentaje de población que vive en zonas urbanas					
Porcentaje de mujeres que reciben por lo menos una visita prenatal					
Porcentaje de nacimientos en hospitales o clínicas					
Población objetivo para la suplementación con vitA			Niños 6 meses a 5 años, Mujeres posparto		
Área objetivo para la suplementación con vitamina A			Universal		
Criterio usado para determinar los grupos objetivo			Estudio de retinol sérico		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico			1991: 48% de la población <5 años de edad estuvo debajo de 30mcg/dl y 11% debajo de 20mcg/dl		
Problemas prevalentes que impiden máxima cobertura y sostenibilidad del programa			- Entrega de las cápsulas de vitamina A sujeta a donación		
Factores prevalentes que contribuyen a la cobertura máxima y sostenibilidad del programa			- Alianza con el PAI - Seguro Básico de Salud		
Existencia de una política que vincule la vitamina A al esquema de vacunación			SÍ		
Vías de distribución usadas para la suplementación con vitamina A de los niños			Campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, AIEPI		
Vías de distribución usadas para la suplementación con vitamina A de las mujeres posparto			Maternidades o clínicas		
Adiestramiento regular para la suplementación			NO, sólo para actividades especiales		
Sistema de información para la vitamina A			SNIS (Sistema Nacional de Información Estadística)		
Monitoreo y retroalimentación regular			NO		
Supervisión en el año 2000			SÍ, a través sitios centinela de Nutrición y monitoreo de AIEPI		

² La prevalencia de mortalidad infantil nacional no refleja las diferencias de zonas geográficas dentro del país, donde focos específicos de habitantes pueden tener prevalencia sumamente alta de mortalidad infantil y no están representados en las tasas nacionales.

BRASIL					
Población total	<5 años	<1 año	163.947.554	16.567.503 (10,1%)	3.296.663 (2,0%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil			33,6/1.000		
% de población que vive en zonas urbanas			80%		
% de mujeres con a menos una visita prenatal			3,6 consultas/mujer		
% de nacimientos en hospitales o clínicas			98,7% (1999)		
Población objetivo para la suplementación			Niños 6 – 59 meses		
Área objetivo para la suplementación con vitA			Región Nordeste del país e Vale do Jequitinhonha (norte del Estado de Minas Gerais)		
Criterio para determinar los grupos objetivo			Condiciones socioeconómicas y climáticas (seca)		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico			1997: 19,3% de incidencia de retinol sérico debajo de 20mcg/dl en el Estado de Pernambuco		
Problemas con la suplementación con vitA			<ul style="list-style-type: none"> - Pequeña articulación entre los Estados y el nivel federal - Pequeño intervalo entre las fechas de las campañas de inmunización (cerca de 2 meses) - Sobrecargo del personal involucrado en la inmunización 		
Ventajas de la suplementación con vitA			- Suplementación durante campañas de inmunización (desde 1994)		
Política que vincule la vitA con vacunación			NO		
Vías de distribución para los niños			Campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud, AIEPI		
Vías de distribución para las mujeres posparto			Maternidades o clínicas		
Adiestramiento regular para la suplementación			SÍ		
Sistema de información para la vitamina A			Con los cuadros de registración semestral de los Estados		
Monitoreo y retroalimentación regular			SÍ		
Supervisión en el año 2000			SÍ, visitas cuando no se hay recibido los datos de los Estados		

REPÚBLICA DOMINICANA					
Población total	<5 años	<1 año	8.942.189	1.206.496 (13,5%)	236.826 (2,6%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil			33,6/1.000 live births (2000)		
% de población que vive en zonas urbanas			62% (1999)		
% de mujeres con a menos una visita prenatal			93,3% (1999)		
% de nacimientos en hospitales o clínicas			87,6% (1999)		
Población objetivo para la suplementación			Niños 6 meses – 5 años, Mujeres posparto hasta 6 semanas		
Área objetivo para la suplementación con vitA			Todo el país		
Criterio para determinar los grupos objetivo			Prevalencia de deficiencia en preescolares (encuesta CENISMI '93)		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico			1993: 22,3% valores debajo de retinol en preescolares y 5,8% valores deficitario de retinol		
Problemas con la suplementación con vitA			<ul style="list-style-type: none"> - Las direcciones provinciales no contemplan el VAD como su prioridad dentro de los programas de atención primaria - Ausencia de coordinación intra-sectorial entre el programa materno-infantil y el departamento 		
Ventajas de la suplementación con vitA			<ul style="list-style-type: none"> - Vinculo con el programa PAI, a través de los puestos fijos de vacunación y en las campañas masivas - Asistencia de asesores de OPS y UNICEF 		
Política que vincule la vitA con vacunación			SÍ		
Vías de distribución para los niños			Campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud, AIEPI		
Vías de distribución para las mujeres posparto			Maternidades o clínicas, campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud, AIEPI		
Adiestramiento regular para la suplementación			SÍ		
Sistema de información para la vitamina A			SESPAS (Dirección de NUT; recopilando en el sistema de SESPAS)		
Monitoreo y retroalimentación regular			SÍ		
Supervisión en el año 2000			SÍ		

ECUADOR					
Población total	<5 años	<1 año	12.879.499	1.467.585 (11,4%)	279.409 (2,2%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil			24,6/1.000 nacidos vivos		
% de población que vive en zonas urbanas					
% de mujeres con a menos una visita prenatal			73,6%		
% de nacimientos en hospitales o clínicas					
Población objetivo para la suplementación			Niños 6 – 59 meses, Mujeres posparto		
Área objetivo para la suplementación con vitA			Parroquias consideradas críticas		
Criterio para determinar los grupos objetivo			Poblaciones de las provincias		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico			1993: 30% de niños de madres con poca o ninguna educación formal en sectores rurales fueron <20mcg/dl, 21% de niños 12-35 meses, y 15% de niños 36-59 meses		
Problemas con la suplementación con vitA			- No contar con un abastecimiento suficiente y oportuno de vacunas, para el desarrollo de las respectivas campañas		
Ventajas de la suplementación con vitA			<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con el PAI - Campañas masivas de promoción y información - Capacitación del personal de salud - Comunicación interpersonal con usuarios del servicios de salud 		
Política que vincule la vitA con vacunación			NO		
Vías de distribución para los niños			Campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud, guarderías		
Vías de distribución para las mujeres posparto					
Adiestramiento regular para la suplementación			SÍ		
Sistema de información para la vitamina A			Luego de la campaña nacional en forma regular cada mes las provincias envían sus reportes		
Monitoreo y retroalimentación regular			SÍ		
Supervisión en el año 2000			SÍ		

GUATEMALA					
Población total	<5 años	<1 año	11.111.461	2.111.178 (19,0%)	333.344 (3,0%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil			40.49/1,000		
% de población que vive en zonas urbanas			34,98%		
% de mujeres con a menos una visita prenatal			59,6%		
% de nacimientos en hospitales o clínicas			40,4% nacional – 66,5% urbana, 24,9% rural		
Población objetivo para la suplementación			Niños 6 – 35 meses		
Área objetivo para la suplementación con vitA			Todo el país		
Criterio para determinar los grupos objetivo			Las mayores prevalencias de deficiencia de vitamina A, en relación al promedio en el grupo de menores de 5 años		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico			1995: (<20mcg/dl) 15,8% de niños 1-5 años, 19,9% de niños 12-23 meses, 17,7% de niños 24-35 meses, 13,1% de niños 36-47 meses, 11,9% de niños 48-59 meses		
Problemas con la suplementación con vitA			- Información y educación al personal relacionado (operativo y no operativo) para que le den al Programa la importancia que tiene		
Ventajas de la suplementación con vitA			<ul style="list-style-type: none"> - Suministro suficiente y a tiempo del suplementación - Integración con las jornadas y actividades rutinarias de salud 		
Política que vincule la vitA con vacunación			SÍ		
Vías de distribución para los niños			Campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud, AIEPI		
Vías de distribución para las mujeres posparto					
Adiestramiento regular para la suplementación			SÍ		
Sistema de información para la vitamina A			SIGSA (Sistema de Información Gerencial en Salud)		
Monitoreo y retroalimentación regular			SÍ		
Supervisión en el año 2000			SÍ, visitas inter-programáticas de supervisión a cada región		

HONDURAS					
Población total	<5 años	<1 año	6.341.717	885.975 (14,0%)	190.954 (3,0%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil			42/1.000 nacidos vivos (1996)		
% de población que vive en zonas urbanas			50,2%		
% de mujeres con a menos una visita prenatal			84% (2000)		
% de nacimientos en hospitales o clínicas			45% (2000)		
Población objetivo para la suplementación			Niños 6 meses – 5 años, Mujeres hasta 30 días después del parto		
Área objetivo para la suplementación con vitA			Todo el país		
Criterio para determinar los grupos objetivo			Deficiencia de vitamina A en la población menor de 5 años		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico			1996: 14,5% de niños 12-59 meses con nivel de retinol sérico de <20mcg/dl, 13,8% de niños 12-71 meses con <20mcg/dl		
Problemas con la suplementación con vitA			- Problema de programación y suministro operativo a la red de servicios, desde el nivel local, área y regional		
Ventajas de la suplementación con vitA			- Vincula con las jornadas nacionales de vacunación, operativos especiales de vacunación y programa permanente de vacunación		
Política que vincule la vitA con vacunación			NO, solo para jornadas nacionales de vacunación		
Vías de distribución para los niños			Campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud, AIEPI, hospitalización (pediatría)		
Vías de distribución para las mujeres posparto			Maternidades o clínicas, campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud, AIEPI		
Adiestramiento regular para la suplementación			SÍ		
Sistema de información para la vitamina A			Se recopila mensualmente integrado a los registros de vacunación, manual y computarizado por el Depto. de Estadísticas en todos los niveles		
Monitoreo y retroalimentación regular			SÍ, Unidad de Atención al Niño provee retroalimentación a los equipos regionales y de área y agencias cooperantes		
Supervisión en el año 2000			SÍ, supervisiones integradas Materno Infantil y por programas, conducidas por los técnicos trimestrales a las 9 regiones de salud		

MÉXICO					
Población total	<5 años	<1 año	99.198.613	10.778.048 (10,9%)	2.124.297 (2,1%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil			13,91/1.000 nacidos vivos registrados		
% de población que vive en zonas urbanas			73,5% (1995)		
% de mujeres con a menos una visita prenatal			77% (1999)		
% de nacimientos en hospitales o clínicas			87% (2000)		
Población objetivo para la suplementación			Niños 6 meses – 4 años		
Área objetivo para la suplementación con vitA			Municipios de alto riesgo de mortalidad infantil por diarreas		
Criterio para determinar los grupos objetivo			El Consejo Nacional de Vacunación tenía a su cargo el Programa de menores de 5 años		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico					
Problemas con la suplementación con vitA			- No es un programa como tal y surgió como una necesidad normativa (se aplica recomendación de OMS en 1993)		
Ventajas de la suplementación con vitA			- Se aplica a zonas de alto riesgo pro diarreas durante las Semanas Nacionales de Salud		
Política que vincule la vitA con vacunación			SÍ		
Vías de distribución para los niños			Campañas de Semanas Nacionales de Salud		
Vías de distribución para las mujeres posparto					
Adiestramiento regular para la suplementación			NO		
Sistema de información para la vitamina A			SÍ, se recopila en el sistema SENAS durante la 2da y 3ra Semana Nacional de Salud que es cuando se aplica la vitamina A		
Monitoreo y retroalimentación regular			SÍ		
Supervisión en el año 2000			SÍ, como parte de las Semanas Nacionales de Salud		

NICARAGUA					
Población total	<5 años	<1 año	5.071.671	801.056 (15,8%)	160.831 (3,2%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil			40/1.000 nacidos vivos		
% de población que vive en zonas urbanas			57,1%		
% de mujeres con a menos una visita prenatal			75%		
% de nacimientos en hospitales o clínicas			78,5%		
Población objetivo para la suplementación			Niños 6 meses – 5 años, Mujeres posparto		
Área objetivo para la suplementación con vitA			Todo el país		
Criterio para determinar los grupos objetivo			Prevalencia de deficiencia de vitamina A de la Encuesta Nacional de Micronutrientes, 1993		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico			Enero-Marzo del 2000: 9% a nivel nacional promedio en niños menor de 5 años (<20mcg/dl)		
Problemas con la suplementación con vitA			- Limitaciones de recursos económicos y logística para movilización del personal hacia las comunidades		
Ventajas de la suplementación con vitA			- Las jornadas actividad masiva a través de jornadas nacionales de salud semestrales acompañadas con vacunación y desparasitante intestinal		
Política que vincule la vitA con vacunación			SÍ		
Vías de distribución para los niños			Campañas nacionales de salud, vacunación rutinaria, AIEPI		
Vías de distribución para las mujeres posparto			Maternidades o clínicas, campañas nacionales de salud, Unidades de Atención Primaria con atención de parto		
Adiestramiento regular para la suplementación			SÍ		
Sistema de información para la vitamina A			A través del sistema automatizado de información integrada al PAI, mensual y por Jornada Nacional de Salud		
Monitoreo y retroalimentación regular			SÍ		
Supervisión en el año 2000			SÍ		

PANAMÁ					
Población total	<5 años	<1 año	2.855.703	301.382 (10,6%)	59.949 (2,1%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil			16,6/1.000 nacidos vivos		
% de población que vive en zonas urbanas			61,8%		
% de mujeres con a menos una visita prenatal			72,8%		
% de nacimientos en hospitales o clínicas			89,4%		
Población objetivo para la suplementación			Niños 6 – 59 meses, Púerperas		
Área objetivo para la suplementación con vitA			Distritos prioritarios (Bocas del Toro – Chiriquí Veraguas)		
Criterio para determinar los grupos objetivo			Resultados de la Encuesta Nacional de Vitamina A en 1992		
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico			1999: 0,8% <10mcg/dl, 1,0% <20mcg/dl		
Problemas con la suplementación con vitA					
Ventajas de la suplementación con vitA					
Política que vincule la vitA con vacunación			SÍ		
Vías de distribución para los niños			Vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud		
Vías de distribución para las mujeres posparto			Maternidades o clínicas, atención puerperal		
Adiestramiento regular para la suplementación			SÍ		
Sistema de información para la vitamina A			Se recopilan los datos de suplementación con vitamina A trimestralmente por Análisis y Tendencias de Salud		
Monitoreo y retroalimentación regular			NO		
Supervisión en el año 2000			NO		

PERÚ					
Población total	<5 años	<1 año	25.661.690	2.896.261 (11,3%)	587.552 (2,3%)
Prevalencia nacional de mortalidad infantil	43/1.000 nacidos vivos				
% de población que vive en zonas urbanas	71,6%				
% de mujeres con a menos una visita prenatal	77,2%				
% de nacimientos en hospitales o clínicas	48,7%				
Población objetivo para la suplementación	Niños 6 – 59 meses, Puérperas				
Área objetivo para la suplementación con vitA	123 provincias (63% del total de provincias)				
Criterio para determinar los grupos objetivo	TMI, cobertura de inmunizaciones, población con NBI, desnutrición crónica				
Fecha y resultados de la última encuesta de retinol sérico	1999: 11,1% de los niños menores de 5 años y 1,5% de mujeres en edad fértil (<20mcg/dl), resultados del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales realizado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición				
Problemas con la suplementación con vitA	- La ausencia de requerimientos de necesidades presupuestales integrales para las actividades estratégicas priorizadas				
Ventajas de la suplementación con vitA	- El recurso humano sensibilizado y comprometido con las actividades				
Política que vincule la vitA con vacunación	SÍ				
Vías de distribución para los niños	Campañas nacionales de inmunización, vacunación rutinaria, agentes comunitarios de salud, AIEPI				
Vías de distribución para las mujeres posparto	Vacunación rutinaria				
Adiestramiento regular para la suplementación	SÍ				
Sistema de información para la vitamina A	En los Formatos Recojo de Información Mensual, establecidos por los programas de PAI y Materno Perinatal se recopilan los datos de la suplementación con vitamina A				
Monitoreo y retroalimentación regular	SÍ				
Supervisión en el año 2000	SÍ				

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como resultado de las sesiones del grupo de trabajo, se formularon conclusiones específicas en lo referente a los avances, las debilidades y las actividades recomendadas en las tres áreas programáticas: 1) mejorar la cobertura de la segunda dosis para los niños, 2) suplementación a las mujeres después del parto, y 3) monitoreo y supervisión. Los países identificaron los puntos y las actividades clave que consideraron elementos esenciales para fortalecer los programas de suplementación con vitamina A en estas tres áreas. Las conclusiones y recomendaciones no son exhaustivas de todos los aspectos relacionados con el programa sino sencillamente son resultados de las discusiones de la reunión.

1. Mejorar la cobertura de la segunda dosis para los niños

A pesar de los avances en alcanzar altas tasas de niños objetivo por lo menos una vez al año para la suplementación con vitamina A – más de 60% de niños de 6 a 11 meses de edad y más de 40% de niños de un año y más para sus primera dosis de vitamina A, la cobertura de la segunda dosis y las de seguimiento de vitamina A es sumamente baja, o aun inexistente en algunos países. Se necesita mayor atención y esfuerzo durante todo el año para proporcionar las dosis de seguimiento de vitamina A y finalizar el régimen de dosificación para asegurar la situación adecuada de vitamina A de los niños. Se requiere mayor coordinación interprogramática con otros servicios y programas de salud, además de la inmunización, a fin de alcanzar a cada niño al menos dos veces al año.

• **Ventajas y avances**

1. Incorporación de la administración de suplementos de vitamin A a las actividades de vacunación – contactos rutinarios, jornadas nacionales, campañas de seguimiento y otras actividades de salud
2. Implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, que brinda otra oportunidad para la integración de la suplementación con vitamina A
3. Disponibilidad de los suplementos de vitamin A mediante establecimiento de acuerdos nacionales e internacionales, organizaciones no gubernamentales, y seguro o paquete básico de salud
4. Participación de los recursos humanos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
5. Existencia de un sistema de registro
6. Existencia de comisiones nacionales de alimentación y nutrición que priorizan y trabajan en actividades de nutrición

• **Debilidades y problemas**

1. Sistemas débiles de información, monitoreo, supervisión y evaluación de la suplementación con vitamina A
2. Falta de incorporación del suministro de vitamina A dentro de los presupuestos nacionales
3. Problemas con la adquisición, el almacenamiento, la administración y la caducidad de las cápsulas de vitamina A
4. Existencia de oportunidades perdidas
5. Falta de esfuerzos de promoción y educación sobre la importancia y la necesidad de las dosis de seguimiento de los suplementos de vitamina A
6. Falta de compromiso, capacitación y empoderamiento del personal de salud
7. Recursos insuficientes para la capacitación, supervisión y monitoreo
8. Desactualización de programas nacionales de alimentación y nutrición, es decir, con respecto a la suplementación de vitamina A

- **Recomendaciones (7)**

ACTIVIDADES	PROGRAMAS O ÁREAS RESPONSABLES
1. Obtener el compromiso y voluntad política y la participación de otros sectores, incluyendo la sociedad civil y la empresa privada, para apoyar las actividades para combatir la VAD	Nutrición, Inmunización, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
2. Asegurar la disponibilidad oportuna de los suministros de vitamina A al establecer un sistema rutinario para la adquisición de cápsulas mediante los presupuestos nacionales y/o una mejor coordinación con las agencias de cooperación técnica o donación	Nutrición, Inmunización, AIEPI
3. Aprovechar las jornadas nacionales o regionales de salud y contactos rutinarios con servicios de salud para administrar los suplementos de vitamina A	Nutrición, Inmunización, AIEPI
4. Utilizar los contactos de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y de Salud Reproductiva para administrar suplementos de vitamina A	De acuerdo al país
5. Actualizar las actividades rutinarias de vacunación para incluir administración de suplementos de vitamina A	Nutrición, Inmunización
6. Elaborar y fortalecer un plan o sistema integrado de información, educación y comunicación (IEC) en la suplementación con vitamina A para el público así como para los trabajadores de salud	Ministerios de Salud, Departamento de Comunicación Social
7. Mantener el intercambio de las experiencias entre los coordinadores nacionales, regionales y locales por medio de reuniones periódicas	Nutrición, Inmunización, AIEPI

2. Suplementación a las mujeres después del parto

Aunque la suplementación con vitamina A de las mujeres inmediatamente después del parto es una estrategia que se ha introducido en la mayoría de los países en los últimos años, ya se tienen lecciones aprendidas en cuanto a cómo fortalecer la actividad y mejorar la cobertura. Para alcanzar a este grupo objetivo se requiere mayor educación y comunicación en lo referente a la administración de suplementos a madres y una estrategia integrada que incorpore diversos contactos de salud dentro y fuera del sistema formal de salud. La administración de suplementos a las mujeres después del parto debe reconocerse por su doble ventaja al asegurar el estado adecuado de la vitamina A para la madre y aumentar las reservas de vitamina A del lactante mediante la lactancia materna.

Una vinculación particular que podría formalizarse entre el calendario de vacunación y la suplementación con vitamina A de las mujeres después del parto para asegurar su máxima cobertura es el momento de la vacunación de BCG. La vacuna de BCG les es administrada a todos los lactantes al nacer y tiene alta cobertura en la Región, cerca de 90% o más. Se hizo hincapié en la recomendación de un enlace formal entre la vacunación de BCG del recién nacido y la administración de un suplemento de vitamina A a la madre inmediatamente después del parto (y en el término de seis semanas después del parto, cuando no hay ninguna posibilidad de embarazo posterior de la madre).

- **Ventajas y avances**

1. Existencia de documentación sobre la falta de avances con relación a la suplementación de vitamina A de las mujeres después del parto
2. Existencia de normas nacionales que incluyen la administración de suplementos de vitamina A a las mujeres después del parto en la mayoría de los países
3. Altas tasas de cobertura de vacunación de BCG que proporciona el potencial para la máxima cobertura de la suplementación de las mujeres puerperas, cuando se integra a este contacto
4. La comprobación de la cartilla de vacunación completa de un recién nacido como requisito previo para tramitar la partida de nacimiento brinda otra oportunidad de administrarles suplementos de vitamina A a las madres en el momento de la vacunación del niño

- **Debilidades y problemas**

1. Baja cobertura de parto institucional en muchos países, lo que requiere el uso de otros contactos de salud y vías de distribución fuera del sistema formal de salud
2. Escaso o deficiente cumplimiento de las normas existentes
3. Oportunidades perdidas para la suplementación con vitamina A de las madres después del parto cuando se les administra la BCG a los recién nacidos
4. Verticalización de los programas de la atención integral a la mujer que deja por fuera la suplementación con vitamina A
5. Falta de promoción y educación en la suplementación posparto a las madres, las parteras y los promotores de salud

- **Recomendaciones (5)**

ACTIVIDADES	PROGRAMS O ÁREAS RESPONSABLES
1. Hacer cumplir las normas existentes sobre la suplementación posparto con vitamina A mediante la supervisión o elaborarlas donde no hayan	Nutrición, Inmunización, Salud Maternoinfantil, Salud Reproductiva De acuerdo al país
2. Aprovechar la vinculación con el contacto de BCG para proporcionar administración de suplementos de vitamina A a las mujeres después del parto	Nutrición, Inmunización, Salud Maternoinfantil, Salud Reproductiva
3. Aprovechar cualquier contacto que una mujer hace inmediatamente después del parto con los servicios de salud para proporcionar administración de suplementos de vitamina A hasta seis semanas después del parto	Todo el personal de salud
4. Fortalecer la capacitación del personal comunitario (como las parteras) en la suplementación con vitamina A	Nutrición, Salud Reproductiva
5. Promover la suplementación de las madres posparto, adaptando las actividades promocionales al contexto local y en el idioma que sea comprendido por la comunidad local	Ministerios de Salud, Departamento de Comunicación

3. Monitoreo y supervisión

El monitoreo y la supervisión son necesarias para asegurar que todos los niños y mujeres después del parto a quienes se quiere llegar reciban el suplemento apropiado, a fin de evitar toda posibilidad de sobredosis y evaluar la eficacia del programa en lograr sus metas de cobertura. El monitoreo también permite determinar oportunidades perdidas, retroalimentación y medidas correctivas, cuando sea necesario. Un sistema de notificación de datos, vigilancia, retroalimentación y supervisión que funciona desde los niveles locales a los centrales es esencial para evaluar el progreso del programa. A pesar de que se existe conciencia de que el monitoreo y la supervisión son componentes fundamentales de todo programa, con gran frecuencia han sido descuidados.

- ***Ventajas y avances***

1. Avances substanciales documentados en la cobertura de suplementación con vitamina A
2. Incorporación del monitoreo de datos al sistema de información del PAI
3. Desarrollo o adaptación de instrumentos para la recopilación de datos
4. Planificación y programación adecuadas en la adquisición de suministros, almacenamiento y administración de suplementos en algunos países
5. Mejoramiento de programación y gerencia inter-programática

- ***Debilidades y problemas***

1. Planificación inadecuada de las actividades programáticas, los indicadores de proceso y metas de cobertura
2. El sistema de información no permite diferenciación de la primera y segunda dosis correspondiente al año en algunos países
3. Falta de un sistema de monitoreo integral del proceso para la suplementación con vitamina A, que incluya problemas de planificación, adquisición de suministros, almacenamiento y administración, en algunos países
4. Falta de ejecución de las normas existentes sobre monitoreo y supervisión
5. Falta de normas sobre monitoreo y supervisión integradas entre los programas a nivel local
6. Falta de incorporación de los datos sobre la vitamina A en el sistema de información del PAI y de análisis de los datos por parte del Programa de Nutrition en algunos países
7. La dependencia de donaciones internacionales para suministros de vitamina A entraña un riesgo para la sostenibilidad del programa
8. La preparación de los suplementos con 500 cápsulas en cada frasco presenta dificultad para la distribución en cantidades más pequeñas o específicas en niveles locales y provinciales
9. Falta de información oportuna para tomar decisiones o tomar medidas al nivel municipal
10. Falta de supervisión sistematizada y recursos para la implementación del sistema

- **Recomendaciones (11)**

ACTIVIDADES	PROGRAMS O ÁREAS RESPONSABLES
1. Establecer un sistema integrado de información que permita el registro de lugares, grupos objetivo y diferenciación de la primera y segunda dosis por año y que requiera notificación obligatoria	Nutrición, Inmunización, AIEPI, Salud Maternoinfantil De acuerdo al país
2. Adaptar las tarjetas de salud para incluir la suplementación con vitamina A	Nutrición
3. Analizar los datos de cobertura y oportunidades perdidas en forma regular y aportar retroalimentación periódica	Nutrición, Inmunización, AIEPI, Salud Maternoinfantil
4. Revisar las normas existentes y elaborar un manual operativo que aborde los diversos elementos programáticos – suministros, almacenamiento y manejo, administración y monitoreo (indicadores de proceso) – a fin de asegurar la suplementación de los niños y madres	Nutrición, Inmunización, AIEPI, Salud Maternoinfantil De acuerdo al país
5. Promover el uso y repaso frecuente de los manuales operativos	Nutrición, Inmunización, AIEPI, Salud Maternoinfantil
6. Solicitar cantidades suficientes de suministros de vitamina A según las estimaciones actualizadas de la población objetivo con antelación para los dos años	Nutrición, Inmunización De acuerdo al país
7. Considerar la posibilidad de incluir un rubro dedicado a vitamina A en los fondos rotatorios para los medicamentos y vacunas e incluir el costo en el presupuesto nacional del país y en los municipios	Ministerios de Salud, OPS
8. Incorporar la suplementación con vitamina A a los gastos de las campañas nacionales	Ministerios de Salud, Ministerios de Finanzas
9. Involucrar al personal administrativo en la planificación de las actividades para asegurar que se disponga de cantidades suficientes de cápsulas y otros suministros en el momento adecuado y se cuente con otros elementos logísticos	Nutrición, Inmunización, AIEPI, Salud Maternoinfantil
10. Retroalimentar al personal de salud y a otras personas participantes por medio de boletines informativos	Nutrición, Inmunización, AIEPI, Salud Maternoinfantil De acuerdo al país
11. Realizar reuniones regionales periódicas a fin de intercambiar experiencias y progresos	Nutrición, Inmunización, AIEPI

PRÓXIMOS PASOS

Esta reunión regional interprogramática constituyó un extraordinario hito, no solo para reforzar los programas de suplementación con vitamina A mediante una estrategia multiprogramática, sino también para reforzar la importancia de las alianzas estratégicas para asegurar la eficiencia en los esfuerzos para mejorar la salud y la nutrición en las Américas. En relación a la suplementación con vitamina A en la Región, la reunión confirmó lo esencial de un enfoque interprogramático y trazó líneas de acción específicas y determinó la responsabilidad para lograr mayores avances en nuestro esfuerzo.

Se envisionó claramente la posibilidad de lograr cobertura completa de los grupos objetivo para la administración de suplementos de vitamina A mediante la integración en diversos servicios de salud existentes. Las altas tasas de cobertura de DPT, VOP, sarampión y vacunaciones de BCG de los niños menores de un año en nuestra Región (cerca de 90%) presentó el potencial para llegar al máximo número de niños y mujeres objetivos en su período posparto inmediato para la suplementación con vitamina A a través de estos puntos. El crecimiento sostenido del programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a los niveles de la comunidad brindó inmejorables oportunidades para reforzar la administración de rutina de suplementos. La coordinación con estos dos programas, combinados con las maternidades, parteras y ayudantes de la comunidad, presentó vías concretas para llegar a cada niño y mujer objetivo a fin de proporcionarles los suplementos de vitamina A y completar sus regímenes de dosificación.

Además del aspecto interprogramático clave de la reunión, la celebración de esta reunión en Nicaragua también tuvo doble ventaja. A los delegados de Nicaragua se les dio una oportunidad de compartir con los otros países los notables avances y el éxito logrado en su esfuerzo para combatir la deficiencia de vitamina A, conseguido gracias a una estrategia interinstitucional e interprogramática bien concertada de administración de suplementos, junto con la fortificación de azúcares con vitamina A. Ellos también demostraron claramente la clave del éxito de su programa: el compromiso y el apoyo político. En Nicaragua, la prevalencia de la deficiencia de vitamina A en el año 2000 se redujo de un 31% a un 9% en cinco años, y la función de la Ministra de Salud fue esencial para dirigir el esfuerzo mediante el establecimiento de un orden de prioridad de las actividades en su programa político. Esto se demostró aún más por su presentación de apertura y su presencia en la reunión. El ejemplo de Nicaragua fijó el precedente para impactar en las actividades de reducción de la deficiencia de vitamina A mediante firme compromiso político y coordinación interprogramática de la puesta en práctica de los programas.

- **Seguimiento de las recomendaciones al nivel de país**

Basado en los resultados de la reunión, se alienta a los países a que realicen el seguimiento de las actividades recomendadas y refuercen sus programas existentes de suplementación con vitamina A, con el apoyo técnico proporcionado continuamente por la OPS.

- **Consolidar el esfuerzo regional para avanzar la eliminación de la VAD**

Con el impulso de las inmensas experiencias y las lecciones ya aprendidas, la OPS planea trabajar con los países a fin de avanzar el esfuerzo para eliminar la deficiencia de vitamina A en la región mediante la difusión de los resultados y las líneas propuestas de las actividades interprogramáticas.

ANEXOS

Anexo 1: Lista de Participantes

Países participandos -

BOLIVIA

Carmen Mollinedo
Responsable Regional de Micronutrientes
Sedes, Santa Cruz
Santa Cruz, Bolivia
Telefax: 369-172
Email: carmenbolivia@yahoo.com

Rosario Quiroga
Jefe Nacional de PAI
Ministerio de Salud
La Paz, Bolivia
Telefax: 442-473
Email: rquiroga@sns.gom.bo

Miriam López Barron
Coordinadora Nacional de Niño, Escolar
Adolescente
Ministerio de Salud
La Paz, Bolivia
Tel: 440-378
Fax: 442-032
Email: jaimetal@gor.bo, anea@gor.bo

BRASIL

Julio Marcos Brunacci
Asesor Técnico, Salud de los Niños
Ministerio de Salud
Brasilia, Brasil
Tel: 61-315-2407, 315-2866
Fax: 61-315-2038
Email: julio.brunacci@saude.gov.br

ECUADOR

Julio Alvear Molina
Director Nacional de Nutrición
Ministerio de Salud Pública
Quito, Ecuador
Telefax: 540-060
Email: julioalvear@andinanet.net

Enmanuel Gerardo Flores Solano
Epidemiologo Provincial, PAI
Dirección Provincial de Salud del Cañar
Ministerio de Salud Pública
Ecuador
Tel: 072-40041
Fax: 072-42329, 072-40087

Luis Antonio Vega Heras
Médico Jefe del Area de Salud 5, AIEPI
Provincia de Pichincha
Ministerio de Salud Pública
Ecuador
Tel: 655-150

GUATEMALA

Mirna Morfin de Porras
Responsable, Subprograma de
Micronutrientes
Programa de Seguridad Alimentaria y
Nutrición
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social (MINSa)
Guatemala, Guatemala
Tel: 502-475-0914-17 ext.228
Fax: 502-471-3595

Coralia Mercedes Cajas
Coordinadora, Programa Nacional de
Inmunización
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social (MINSa)
Guatemala, Guatemala
Tel: 502-475-0837-51-22
Fax: 502-475-0847
Email: msvi@gut.ops.gt

Danilo Armando Rodríguez Monterroso
Jefe Departamental de Regulación
Programas de Atención a las Personas
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social (MINSa)
Guatemala, Guatemala
Tel: 502-472-0128, 472-0158
Fax: 502-472-0128

HONDURAS

Isnaya Suyapa Nuila Zapata
Jefa, Departamento de Alimentación y
Nutrición
Ministerio de Salud
Tegucigalpa MDC, Honduras
Tel: 504-237-3709, 238-4135
Fax: 504-237-3709
Email: inuila@yahoo.com

Ida Berenice Molina
Jefa de PAI
Ministerio de Salud
Tegucigalpa MDC, Honduras
Tel: 504-221-3901 AL03
Fax: 504-236-5036
Email: epihon@ns.paho.who.hn

Jacobo Ignacio Arguello Gonzalez
Jefe, Programa de Crecimiento y
Desarrollo (Niñez)
Ministerio de Salud
Tegucigalpa MDC, Honduras
Tel: 504-222-1257
Fax: 504-238-5864

MÉXICO

Yura Andrea Montoya Nuñez
Supervisor Medico y Coordinadora del
Proyecto de Vitamina A y Cinc
Centro Nacional P/LA Salud de la Infancia
y Adolescencia
Ministerio de Salud
México
Tel: 52-5593-1122, 5660-9779
Fax: 52-5593-1144
Email: tanaka@prodigy.net.mx

Alma Verónica Pérez Zárate
Coordinadora, Programa de Vigilancia
Nutricional en la Infancia y Adolescencia
Centro Nacional P/LA Salud de la Infancia
y Adolescencia
Ministerio de Salud
México
Tel: 52-5660-9779, 5680-1208 ext.224
Fax: 52-5593-1144
Email: ybarragan@mail.ssa.gob.mx

NICARAGUA

Miguel López Baldizón
Asesor Ministra de Salud y Coordinador de
la Comisión Nacional de Micronutrientes
Ministerio de Salud (MINSAs)
Managua, Nicaragua
Tel: 505-289-7441, 289-7811
Fax: 505-289-7671
Email: miguelnic_2000@yahoo.com

Antonio Alfredo Largaespada
Director de Nutrición
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social (MINSAs)
Managua, Nicaragua
Telefax: 505-289-4700
Email: miconut@tmx.com.ni

Edgardo Pérez
Director de Control de Alimentos
Ministerio de Salud Pública (MINSAs)
Managua, Nicaragua
Telefax: 505-289-4171

Gustavo Javier Rosales Parrales
Responsable de Vigilancia Sanitaria de
Alimentos
Ministerio de Salud Pública (MINSAs)
Managua, Nicaragua
Telefax: 505-289-417 ext.115
Email: javierosal@yahoo.com

Josefina Bonilla
Asesor Residente
Proyecto MOST/USAID
Managua, Nicaragua
Telefax: 505-266-9967
Email: jbendana@tmx.com.ni

Gloria Elena Navas Morales
Oficial de Nutrición
OPS – Nicaragua
Managua, Nicaragua
Tel: 505-289-4200
Fax: 505-289-4999
Email: navasg@ops.org.ni

Lesbia Altamirano Lopez
Oficial de Enfermedades Transmisibles
OPS – Nicaragua
Managua, Nicaragua
Tel: 505-289-4200
Fax: 505-289-4200
Email: altamirl@ops.org.ni

Omar Malespín
Responsable de PAI
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social (MINSAs)
Managua, Nicaragua
Telefax: 505-289-4702
Email: prog-pai@ops.org.ni

Blanca Maria Ulmos Mora
Directora Atención Integral a la Niñez
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social (MINSAs)
Managua, Nicaragua
Telefax: 505-289-7676
Email: miconut@tmx.com.ni

Maritza Obando Salazar
Directora de Salud Ambiental y
Epidemiología
Ministerio de Salud Pública (MINSAs)
Managua, Nicaragua
Tel: 505-289-4514, 289-4605

Magaly Echegoyen Vasquez
Director de Gestión
Ministerio de Salud Pública (MINSAs)
Managua, Nicaragua
Tel: 505-289-7151, 289-4603

Marcos Olivares
Consultor, PAININ
MIFAMILIA
Managua, Nicaragua
Tel: 505-279-8785, 279-8821

Raúl Montesano
Consultor de PAI
OPS - Nicaragua
Managua, Nicaragua
Tel: 505-289-4200
Fax: 505-289-4999
Email: montesar@ops.org.ni

PANAMÁ

Francisco Lagrutta
Coordinador Nacional de Nutrición
Ministerio de Salud
Panamá, Panamá
Telefax: 507-262-2730
Email: flag@panama.c-com.net

René Bradshaw
Subdirector General de Salud Atención a la
Población
Ministerio de Salud
Panamá Panamá
Telefax: 507-262-4871
Email: real@sinfo.net

Esteban Antonio Morales
Director General de Salud
Ministerio de Salud
Panamá, Panamá
Tel: 507-262-3092
Fax: 507-262-3310
Email: emorales@sinfo.net

PERÚ

Walter Vilchez Davila
Coordinador
Programa de Prevención de Deficiencias de
Micronutrientes (PREDEMI)
Ministerio de Salud
Lima, Perú
Tel: 51-1-315-6600 ext.2682
Fax: 51-1-315-6600 ext.2683
Email: wvilchezd@minsa.gob.pe

Fernando Jesús Cerna Iparraguirre
Director Ejecutivo
Programa de Salud Mujer-Niño e
Inmunizaciones
Coordinador Nacional de PAI/AIEPI
Ministerio de Salud
Lima, Perú
Tel: 51-1-315-6600 ext.2661
Fax: 51-1-315-6600 ext.2664
Email: fcernai@minsa.gob.pe

REPÚBLICA DOMINICANA

Amarilis Germán
Coordinadora Nacional, Programa de
Vitamina A
Ministerio de Salud Pública (SESPAS)
Santo Domingo, República Dominicana
Tel: 541-3121
Fax: 541-0382
Email: nutrisespas@hotmail.com

Fatima Hernandez Alberto
Directora Nacional, Programa de
Crecimiento y Desarrollo
Ministerio de Salud Pública (SESPAS)
Santo Domingo, República Dominicana
Tel: 537-4918, 258-6212, 541-3121
ext.2466
Fax: 541-0382
Email: fathez@contel.com

Pablo Tomas Mancebo García
Enc. Vigilancia Epidemiologica, PAI
Ministerio de Salud Pública (SESPAS)
Santo Domingo, República Dominicana
Tel: 565-7587
Fax: 542-5606
Email: pablomancebo@hotmail.com

La Iniciativa de Micronutrientes - Canadá

France Bégin
Nutricionista
Especialista de Programas
Unidad de Programas
The Micronutrient Initiative Secretariat (MI)
International Development Research Centre (IDRC)
250 Albert Street
Ottawa, Ontario, K1G 3H9
Canadá
Tel: 613-236-6163, ext. 2490
Fax: 613-236-9579
Email: FBegin@idrc.ca

Organización Panamericana de la Salud – Washington, D.C.

Wilma B. Freire
Coordinadora
Programa de Alimentación y Nutrición (HPN)
OPS
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037-2895
USA
Tel: 202-974-3505
Fax: 202-974-3682
Email: freirewi@paho.org

Sunny S. Kim
Consultora
Programa de Alimentación y Nutrición (HPN)
PAHO
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037-2895
USA
Tel: 202-974-3853
Fax: 202-974-3682
Email: kimsunny@paho.org

Peter Carrasco
Oficial Técnico Regional
División de Vacunas e Inmunización (HVP)
OPS
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037-2895
USA
Tel: 202-974-3779
Fax: 202-974-3635
Email: carrascp@paho.org

Anexo 2: Cuestionario sobre la Suplementación con Vitamina A

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

**Reunión Regional
1-3 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua**

*Programa de Alimentación y Nutrición/División de Promoción y Protección de la Salud
División de Vacunas e Inmunización/Programa Ampliado de Inmunizaciones
Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia/División de Prevención y Control de Enfermedades
Organización Panamericana de la Salud*



Cuestionario sobre la suplementación con vitamina A

Instrucciones:

1. FAVOR RESPONDER CADA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO DE LA FORMA MÁS COMPLETA POSIBLE.
2. ADJUNTAR CUALQUIER DOCUMENTO O INFORMACIÓN QUE SE CREA NECESARIA E IMPORTANTE.
3. ENTREGAR EL PAQUETE COMPLETO A LA OPS, AL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN A:
**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, FOOD AND NUTRITION PROGRAM (HPP/HPN), ATTN: SUNNY S. KIM, 525
23RD STREET, N.W., WASHINGTON, DC 20037, USA,**
O POR CORREO ELECTRÓNICO (kimsunny@paho.org), ANTES DEL **13 DE ABRIL DEL 2001**.
4. * DESPUÉS DE COMPLETAR EL CUESTIONARIO, FAVOR PREPARAR UNA BREVE **PRESENTACIÓN DE 10 MINUTOS**, SOBRE LAS ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA MEJORAR LOS PROGRAMAS ACTUALES DE SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A (COMO SER, AMPLIAR LA COBERTURA) EN SU PAÍS. ESTA PRESENTACIÓN DEBE SER PREPARADA EN COORDINACIÓN CON LOS DIFERENTES PROGRAMAS INVOLUCRADOS EN LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A – NUTRICIÓN, INMUNIZACIÓN, SALUD MATERNO-INFANTIL, ETC. TODOS LOS PAISES PARTICIPANTES HARÁN SUS PRESENTACIONES DURANTE LA REUNIÓN REGIONAL.

DATOS DE PERSONA COMPLETANDO EL CUESTIONARIO

Nombre: _____
Cargo: _____
Institución/Programa: _____
Dirección: _____
Teléfono/Fax: _____
Correo electrónico: _____
Fecha de hoy (día/mes/año): ____/____/____

INFORMACIÓN GENERAL DEL PAÍS

Nombre del país: _____
Población (millones): _____
Población menor de los 5 años: _____
Población menor de 1 año: _____
Prevalencia nacional de mortalidad infantil (menores de 1 año): _____
Porcentaje de población que vive en zonas urbanas: _____
Porcentaje de mujeres que reciben por lo menos una visita prenatal: _____
Porcentaje de nacimientos en hospitales o clínicas: _____

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A

- i. Año cuando la suplementación con vitamina A comenzó:

--	--	--	--
- ii. Poblaciones objetivo de la suplementación con vitamina A: _____

- iii. Régimen de dosificación recomendada para los grupos objetivo: _____

- iv. Área objetivo (si no cubre todo el país): _____
- v. Criterio usado para determinar los grupos objetivo: _____
- vi. Fuente de información usada para determinar los grupos objetivo: _____
- vii. Fecha de la última encuesta de retinol sérico (si hubo): _____
- viii. Resultados de la última encuesta o información disponible en la prevalencia de la deficiencia de vitamina A (%): _____

- ix. Problemas o debilidades más prevalentes *impidiendo* la máxima cobertura y sostenibilidad del programa: _____

- x. Factores más prevalentes *contribuyendo* a la cobertura máxima y sostenibilidad del programa: _____

OTRAS INTERVENCIONES

- xi. Otros programas o estrategias que se ejecutan para combatir la deficiencia de vitamina A (por ejemplo: fortificación de alimentos con vitamina A), las coberturas esperadas y las fechas que comenzaron: _____

COORDINACIÓN INTER-PROGRAMÁTICA

1. ¿Cuál Programa(s) o sector(es) del Ministerio de Salud es responsable de la Suplementación con Vitamina A?

2. ¿Quién es el/la responsable?

NOMBRE: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO/FAX: _____

3. ¿Existe una reglamentación o política que vincule la suplementación con vitamina A a la esquema de vacunación? Sí_____ No_____

4. ¿Existe una reglamentación o política que vincule la suplementación con vitamina A a otros servicios de salud? (sírvase especificar: _____)

Sí_____ No_____

5. ¿Existe una reglamentación o política en la suplementación con vitamina A para las mujeres posparto? Sí_____ No_____

6. Indique los programas de salud y otros organismos que participan en los siguientes:

Planificación del programa: _____

Elaboración y disseminación de materiales: _____

Adiestramiento: _____

Almacenamiento y distribución local de suplementos: _____

Administración de los suplementos de vitamina A: _____

Recopilación de datos: _____

Monitoreo y retroalimentación: _____

Supervisión: _____

Otro: sírvase especificar: _____

7. ¿Considera que se pueda mejorar la coordinación entre los programas involucrados? Sí_____ No_____

8. Si la respuesta anterior es "Sí," ¿Cómo? _____

GERENCIA Y OPERACIONES

• **FORMA DE SUPLEMENTO DE VITAMINA A**

9. ¿Qué forma de preparación de vitamina A es usado para la suplementación con vitamina A? (marque todos los que aplican)

CÁPSULAS DE VITAMINA A: 100.000 UI _____ 200.000 UI _____ otra dosificación: sírvase especificar _____

DISPENSADORES DE SOLUCIONES OLEOSAS DE VITAMINA A

OTRO: sírvase especificar _____

10. Sírvase comentar sobre la facilidad de administración del suplemento de vitamina A: _____

• **LOGÍSTICA**

11. ¿Quién provee los suministros de suplementos de vitamina A? _____

12. ¿Hubo suficiente suministro de suplementos de vitamina A en el país el año *pasado*? Sí _____ No _____

13. ¿Existe suficiente suministro de suplementos de vitamina A en el país para *este* año? Sí _____ No _____

14. ¿Existe suficiente suministro de suplementos de vitamina A en el país para el *próximo* año? Sí _____ No _____

15. ¿Cómo va adquirir el suministro de suplementos de vitamina A para los siguiente años? _____

16. ¿Cómo son los suplementos de vitamina A transportados, distribuidos a los establecimientos locales y almacenados? _____

17. Identifique cualquier problema logístico o lecciones aprendidos en relación al transporte de suplementos, distribución, almacenamiento, control de stock de las cápsulas y manejo (si hubo): _____

18. ¿Cómo se puede mejorar esto? _____

• **VÍAS DE DISTRIBUCIÓN**

19. ¿Dónde reciben los niños objetivo la suplementación con vitamina A?
- | | | |
|---|---------|---------|
| a) Campañas nacionales de inmunización o de salud | Sí_____ | No_____ |
| b) Contactos de vacunación rutinaria | Sí_____ | No_____ |
| c) Contactos de agentes comunitarios de salud | Sí_____ | No_____ |
| d) Contactos de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | Sí_____ | No_____ |
| e) Otros servicios de salud: sírvase especificar _____ | Sí_____ | No_____ |
20. ¿Dónde reciben las madres objetivo la suplementación con vitamina A, si es relevante?
- | | | |
|---|---------|---------|
| a) Maternidades o clínicas (inmediatamente después del parto) | Sí_____ | No_____ |
| b) Campañas nacionales de inmunización o de salud | Sí_____ | No_____ |
| c) Contactos de vacunación rutinaria | Sí_____ | No_____ |
| d) Contactos de agentes comunitarios de salud | Sí_____ | No_____ |
| e) Contactos de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) | Sí_____ | No_____ |
| f) Otros servicios de salud: sírvase especificar _____ | Sí_____ | No_____ |

• **MATERIALES Y ADIESTRAMIENTO**

21. ¿Existen materiales de educación o comunicación para la suplementación con vitamina A y se están utilizando?
- | | | |
|--|---------|---------|
| a) Para el personal que administra los suplementos de vitamina A | Sí_____ | No_____ |
| b) Para la población | Sí_____ | No_____ |
22. ¿En qué formato se administra la información de la suplementación con vitamina A? (marque todos los que aplican)
- Integrada en los manuales existente de PAI
- Integrada en los manuales de AIEPI o en materiales de otros servicios de salud
- Materiales separados para la suplementación con vitamina A son disponibles
23. ¿Qué materiales de educación o comunicación han sido más beneficiosos para el programa? _____
-
24. ¿Existe adiestramiento regular para la suplementación con vitamina A?
- | | | |
|--|---------|---------|
| | Sí_____ | No_____ |
|--|---------|---------|
25. ¿Son los adiestramientos para la suplementación con vitamina A conducidos como parte de las actividades de inmunización (por ejemplo: las campañas nacionales)?
- | | | |
|--|---------|---------|
| | Sí_____ | No_____ |
|--|---------|---------|

26. ¿Son los adiestramientos para la suplementación con vitamina A conducidos como parte de otros servicios de salud? (sírvase especificar: _____)
 Sí_____ No_____

27. Si se imparte adiestramiento para la suplementación con vitamina A, sírvase llenar el siguiente cuadro:

FECHAS DEL ADIESTRAMIENTO (1998-2001)	NÚMERO DE PERSONAS ADIESTRADAS	NIVEL DE LOS PARTICIPANTES ¹ (elijá la respuesta correcta entre A y I)

¹ Nivel de los participantes:

A. Director de provincia o estado	E. Enfermera
B. Director de distrito	F. Nutricionista
C. Director de centro o puesto de salud	G. Agente comunitario de salud o personal de salud
D. Médico	H. Líder comunitario
	I. Otro: sírvase especificar _____

28. ¿Qué tópicos son incluidos usualmente en los adiestramientos para la suplementación con vitamina A?

- | | | |
|--|---------|---------|
| a) Educación básica de nutrición | Sí_____ | No_____ |
| b) Seguridad de la suplementación con vitamina A | Sí_____ | No_____ |
| c) Esquema de dosificación para los grupos objetivo | Sí_____ | No_____ |
| d) Métodos para la tamizaje de los grupos objetivo | Sí_____ | No_____ |
| e) Técnicas para administrar los suplementos de vitamina A | Sí_____ | No_____ |
| f) Métodos de manejo y almacenamiento | Sí_____ | No_____ |
| g) Instrucciones para registrar en las tarjetas de vacunación o de salud | Sí_____ | No_____ |
| h) Instrucciones para registrar en las hojas de tabulación | Sí_____ | No_____ |
| i) Refuerzo de la importancia de las dosis siguientes | Sí_____ | No_____ |
| j) Consolidación de las hojas de registro | Sí_____ | No_____ |
| k) Guías de supervisión | Sí_____ | No_____ |
| l) Otro; sírvase especificar _____ | Sí_____ | No_____ |

29. ¿Cómo puede mejorarse el adiestramiento? _____

MONITOREO Y SUPERVISIÓN

• **SISTEMA DE INFORMACIÓN**

30. ¿Existe un sistema formal de información para los datos de suplementación con vitamina A? Sí_____ No_____
31. ¿Quién es responsable para recopilar y consolidar los datos de suplementación con vitamina A? _____
32. ¿Cómo se recopilan los datos de suplementación con vitamina A? ¿Con qué frecuencia? _____

• **MONITOREO Y RETROALIMENTACIÓN**

33. ¿Se provee retroalimentación sobre las actividades en la suplementación con vitamina A regularmente? Sí_____ No_____
34. ¿Qué informaciones son incluidas en la retroalimentación (por ejemplo: oportunidades perdidas, incorrecta registración, control de stock de las cápsulas, etc.)? _____
35. ¿Quién vigila las actividades en la suplementación con vitamina A y provee retroalimentación? _____
36. ¿Quién recibe la retroalimentación sobre las actividades en la suplementación con vitamina A? _____

• **SUPERVISIÓN**

37. ¿Se hicieron supervisiones regulares el año 2000? Sí_____ No_____
38. ¿Quién condujo las actividades de supervisión? _____
39. Describa la estrategia de supervisión, quien condujo la supervisión, y las fechas de las visitas (si hubieron): _____
40. ¿Cómo se puede mejorar el monitoreo y la supervisión? _____

COBERTURA

Año	Población objetivo	No. eligible (population)	No. Total que recibió una dosis de vitamina A		% Total de cobertura		No. que recibió una dosis en campañ nacionales de inmunización o de salud		No. que recibió una dosis a través de contactos de vacunación rutinaria		No. que recibió una dosis en servicios de Salud Materno- Infantil y otros <small>(Indique el nombre del programa:_____)</small>	
			1 st dose per year (every 6 months)	2 nd dose per year (every 6 months)	1 st dose per yr (every 6 mos)	2 nd dose per yr (every 6 mos)	1 st campaigns	2 nd	1 st dose	2 nd dose	1 st dose	2 nd dose
1996	Niños de 6-11 años											
	Niños de 12-____ meses											
	Madres hasta 6 semanas											
1997	Niños de 6-11 años											
	Niños de 12-____ meses											
	Madres hasta 6 semanas											
1998	Niños de 6-11 años											
	Niños de 12-____ meses											
	Madres hasta 6 semanas											
1999	Niños de 6-11 años											
	Niños de 12-____ meses											
	Madres hasta 6 semanas											
2000	Niños de 6-11 años											
	Niños de 12-____ meses											
	Madres hasta 6 semanas											
2001	Niños de 6-11 años											
	Niños de 12-____ meses											
	Madres hasta 6 semanas											

¿Qué estrategias o vías de distribución (por ejemplo: las campañas nacionales, contactos de vacunación rutinaria, etc.) debe ser utilizadas o promovidas para asegurar amplia cobertura de las segundas dosis de vitamina A para los niños? _____

Explique cualquier limitación (en coordinación, operación, logística, adiestramiento, monitoreo y supervisión, etc.) observada en su programa de suplementación con vitamina A.

Comentarios adicionales: _____

Anexo 3: Agenda de la Reunión y Pautas para los Grupos de Trabajo

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

Reunión Regional
2-4 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua



PRIMER DÍA - Miércoles, 2 de mayo

- 09:00 - 09:45 Bienvenida y apertura
Dr. Miguel López, Asesor Ministra de Salud y Coordinador Comisión Nacional de Micronutrientes
Dr. Patricio Rojas, PWR-OPS/NIC
Dra. France Bégin, MI
Sra. Lic. Mariángeles Argüello, Ministra de Salud
- 09:30 - 10:00 Objetivos y resultados esperados de la reunión
Dra. Wilma B. Freire, OPS
Lic. Peter Carasco, OPS
- 10:00 - 10:30 Antecedentes al proyecto de vitamina A y los resultados preliminares
Lic. Sunny S. Kim, OPS
- 10:30 - 11:00 *Café*
- 11:00 - 12:30 Presentaciones de país (10 minutos por país)
BOLIVIA
BRASÍL
REPÚBLICA DOMINICANA
ECUADOR
NICARAGUA
PERÚ
- 12:30 - 13:30 *Almuerzo*
- 13:30 - 14:30 Presentaciones de país (10 minutos por país)
GUATEMALA
HONDURAS
MÉXICO
PANAMÁ
- 14:30 - 15:30 Discusión
- 15:30 - 16:00 *Café*
- 16:00 - 17:30 Discusión

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

**Reunión Regional
2-4 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua**



SEGUNDO DÍA - Jueves, 3 de mayo

08:30 - 09:00	Methodología de los grupos de trabajo Dra. Wilma B. Freire, OPS
09:00 - 10:30	Grupos de trabajo – primera sesión Mejorar la cobertura de la segunda dosis para los niños
10:30 - 11:00	<i>Café</i>
11:00 - 12:30	Grupos de trabajo – segunda sesión Suplementación a las mujeres posparto
12:30 - 13:30	<i>Almuerzo</i>
13:30 - 15:00	Grupos de trabajo – tercera sesión Monitoreo y supervisión
15:00 - 15:30	<i>Café</i>
15:30 - 17:00	Sesión plenaria, presentaciones de los grupos de trabajo
17:00 - 18:00	Sesión de trabajo (con los representantes de cada grupo) Resumen de las presentaciones de los grupos de trabajo

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

Reunión Regional
2-4 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua



TERCER DÍA - Viernes, 4 de mayo

- 08:30 - 09:30 Presentación de las conclusiones de la reunión
Dra. Wilma B. Freire, OPS
- 09:30 - 10:00 Discusión
- 10:00 - 10:30 *Café*
- 10:30 - 11:30 Panel-foro: Rol de industria, la sociedad civil y las agencias de cooperación en la
prevención y control de la deficiencia de vitamina A
Lic. Noel Chamorro, CNPA
Sra. Lucy Morren, LIDECONIC
Dr. Juan Aguilar, Representante de UNICEF
Moderadora: Dra. Wilma B. Freire, OPS
- 11:30 - 12:00 Uso de la tecnología en el monitoreo, evaluación y vigilancia de micronutrientes
Dr. Juan José Amador, Director General Higiene y Ambiente
Dr. Miguel López, Asesor Ministra de Salud y Coordinador Comisión Nacional de
Micronutrientes
Lic. Karen Ramírez, Sistemas de Información, MINSA
Moderador: Lic. Peter Carrasco, OPS
- 12:00 Clausura
Dra. France Bégin, MI
Dra. Wilma B. Freire, OPS

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

Reunión Regional
2-4 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua



SESIÓN 1

Jueves, 3 de mayo del 2001, 9:00 a.m.

- PAUTAS PARA LOS GRUPOS DE TRABAJO -

Mejorar la cobertura de la segunda dosis para los niños

1. Defina los *avances y ventajas* en la estrategia de suplementación con vitamina A, de los niños con dos dosis por año.
2. Defina las *debilidades y problemas* de la estrategia de suplementación con vitamina A, de los niños con dos dosis por año.
3. Identifique las *actividades* que deben desarrollarse para mejorar la cobertura de la segunda dosis por año. Considere las diferentes tareas que cada programa involucrado debe ejecutar dentro del marco de una coordinación inter-programática.

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

Reunión Regional
2-4 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua



SESIÓN 2

Jueves, 3 de mayo del 2001, 11:00 a.m.

- PAUTAS PARA LOS GRUPOS DE TRABAJO -

Suplementación a las mujeres posparto

1. Defina los *avances y ventajas* en la estrategia de suplementación con vitamina A, de las mujeres posparto.
2. Defina las *debilidades y problemas* de la estrategia de suplementación con vitamina A, de las mujeres posparto.
3. Identifique las *actividades* que deben desarrollarse para mejorar la cobertura de la suplementación de las mujeres posparto. Identifique el programa responsable y considere diferentes tareas que cada programa involucrado debe ejecutar dentro del marco de una coordinación inter-programática.

VISIÓN INTEGRADA DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA A EN LAS AMÉRICAS

Reunión Regional
2-4 de mayo del 2001
Managua, Nicaragua



SESIÓN 3

Jueves, 3 de mayo del 2001, 1:30 p.m.

- PAUTAS PARA LOS GRUPOS DE TRABAJO -

Monitoreo de la cobertura y el proceso

1. Defina los *avances y ventajas* del monitoreo de la cobertura y el proceso de suplementación con vitamina A.
2. Defina las *debilidades y problemas* del monitoreo de la cobertura y el proceso de suplementación con vitamina A.
3. Identifique las *actividades* que deben desarrollarse para mejorar el sistema de monitoreo de la cobertura y del proceso de la suplementación con vitamina A. Considere las diferentes tareas que cada programa involucrado debe ejecutar dentro del marco de una coordinación inter-programática.