

Un grave problema de salud y
nutrición pública

N.º 1
Mayo 2018

La anemia en el Perú ¿qué hacer?

La anemia infantil
en el Perú

La respuesta del
Estado

Principales acciones
para la reducción
de la anemia

El rol de los
establecimientos de salud

La proyección comunal y
la participación social

Las intervenciones
intersectoriales y la acción
sobre las determinantes
sociales de la anemia

La anemia en el Perú, ¿qué hacer?

Presentación

El Consejo Regional III Lima del Colegio Médico del Perú tiene la satisfacción de presentar el primer número de su Reporte de Políticas de Salud a la consideración de las autoridades de salud, poderes públicos, médicos y otros profesionales de la salud, organizaciones de la sociedad civil y ciudadanía en general. De esta manera, busca cumplir con uno de sus mandatos institucionales, cual es incidir en la formulación y ejecución de políticas públicas de salud, mediante el aporte de los argumentos al debate democrático.

Este reporte es producto del trabajo del Comité de Políticas de Salud del Consejo Regional, instancia que reúne a un grupo de profesionales médicos con preparación y experiencia en la gestión de políticas de salud, cuya dedicación y esfuerzos el Consejo Regional reconoce y agradece.

Los problemas de salud, salvo hechos que ponen de manifiesto groseras expresiones de inequidad, exclusión de la atención o carencia extrema de recursos y que –por lo tanto– cobran carácter mediático, son invisibles a los ojos de los decisores y no son parte de la agenda política nacional. Si bien estas últimas décadas se ha logrado avances relativos en salud materna e infantil, en el caso de las enfermedades transmisibles, incluidas las inmunoprevenibles, han reemergido

con fuerza, al mismo tiempo que las crónicas van en acelerado crecimiento.

El sistema de atención de salud, reformado hace pocos años bajo exclusivos criterios de mercado, muestra hoy una deplorable situación que lo pone al borde del colapso. El establecimiento de la lógica de mercado instalada por el aseguramiento (unidades de compra-unidades de venta), tras la promesa de mayor eficiencia, ha devenido en mecanismo de corrupción. En ese contexto, se da la lucha por el derecho a la salud universal con equidad y calidad, lo que se torna en una exigencia.

El Reporte de Políticas del Consejo Regional III Lima del Colegio Médico del Perú se propone tratar en cada entrega temas y problemas de relevancia para la salud de los peruanos. En esta primera entrega se trata desde varias perspectivas el problema de la anemia infantil. Este problema se muestra difícil de solucionar a pesar de los avances de la ciencia, de la real posibilidades de los servicios y de la declaración efectuada en los últimos gobiernos como prioridad sanitaria nacional. En suma, se busca analizar las razones por las cuales, pese a ponerse en marcha diversas estrategias de intervención, los índices de anemia se mantienen sin variación.



La anemia y sus efectos

La anemia representa el más extendido problema de salud y nutrición pública en el mundo. Se estima que más de 2 000 millones de personas (30 % de la población mundial) registran algún grado de anemia. Si bien es cierto los niveles de anemia son mayores en los países, regiones y grupos poblacionales con mayor nivel de pobreza, afecta a casi todos los países y todos los grupos poblacionales, incluidos los no pobres. La principal causa de anemia es el déficit en el consumo de hierro, elemento principal para la formación de hemoglobina,¹ lo que puede ser exacerbado por las enfermedades infecciosas.

Entre los grupos vulnerables se encuentran las mujeres gestantes y los niños menores de tres años de edad. Esto es explicable debido a sus mayores necesidades nutricionales, ya que durante estos periodos hay un acelerado crecimiento del feto, de ciertos órganos de la madre y del bebé.

Estudios realizados en las últimas dos décadas muestran que la anemia, y en particular el déficit de hierro en el organismo de un niño en crecimiento, tiene graves efectos sobre el proceso de maduración cerebral y consecuencias negativas sobre la capacidad de aprendizaje, especialmente en la escuela. Por otro lado, tiene efectos negativos sobre la inmunidad, lo que hace al niño más susceptible de adquirir enfermedades infecciosas. Además, la anemia durante la etapa gestacional condiciona mayor riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer, con su secuela de efectos sobre la salud y la nutrición del niño.

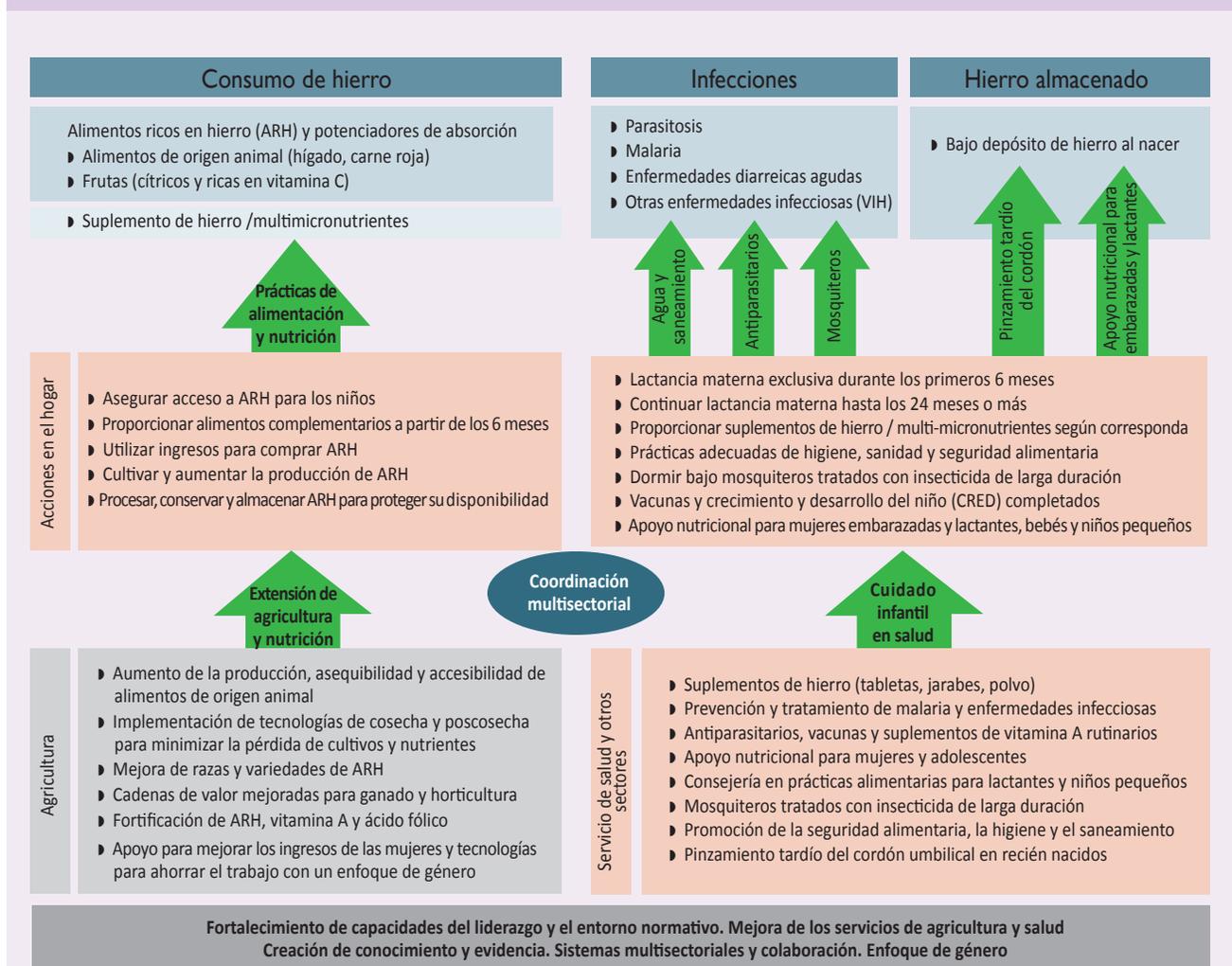
Con todas esas desventajas, el niño con anemia es el anuncio silencioso de una población de jóvenes y adultos con capacidades limitadas en su aprendizaje, su desarrollo educativo y restricción de sus capacidades laborales competitivas.



La Organización Mundial de la Salud y grupos de expertos mundiales recomiendan que la reducción de la anemia debe ser una prioridad en las políticas públicas y sanitarias en los países del mundo, especialmente en aquellos que registran altas prevalencias de anemia en los grupos poblacionales vulnerables.

¹ Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005 WHO Global Database on Anaemia

Marco conceptual para la prevención y control de la anemia de SPRING



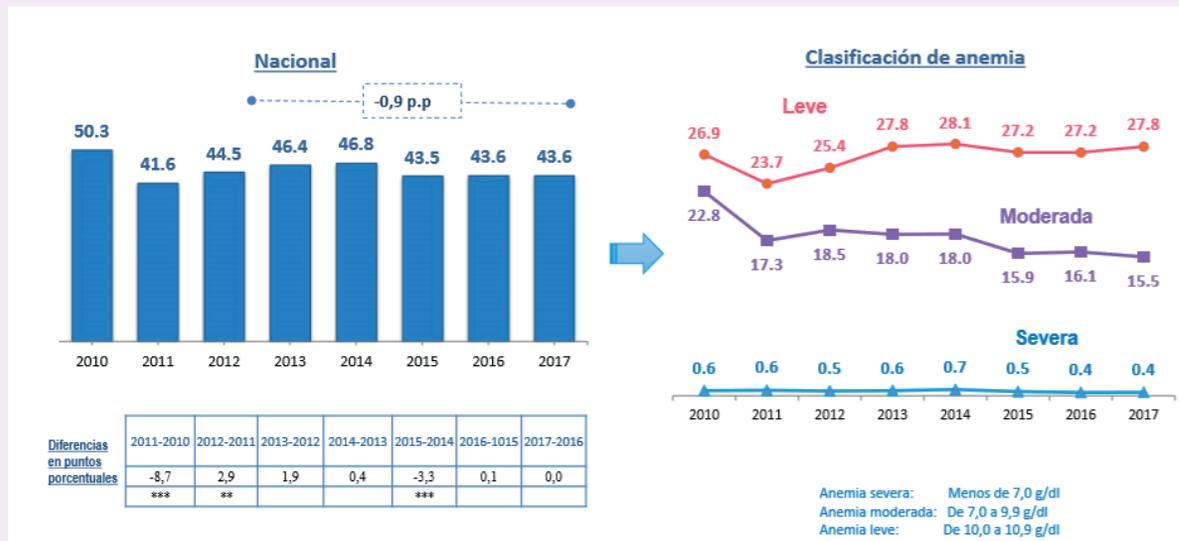
La anemia infantil en el Perú

En el Perú, para el año 2017, se estima existen 1 350 000 niñas y niños entre 6 y 36 meses de edad. De ellos, el 43.6 % (580 000) tienen algún grado de anemia. Por otro lado, existen 600 000 gestantes, de las que el 28 % presentan anemia (168 000). No obstante, el crecimiento económico y la reducción de la pobreza estas prevalencias se encuentran entre las más elevadas de la Región de las Américas.²

Los niveles de anemia permanecen sin variación desde el año 2015. La prevalencia registrada en menores de tres años en 2017 (43.6 %) es similar a la registrada en 2016 y mayor que la de 2015.

² Instituto Nacional de Estadística: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2017. Informe Preliminar. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Proporción de niñas y niños de 6 a 36 meses de edad con anemia, 2010-2017



* Diferencia significativa ($p < 0,10$)

** Diferencia altamente significativa ($p < 0,05$)

*** Diferencia muy altamente significativa ($p < 0,01$)

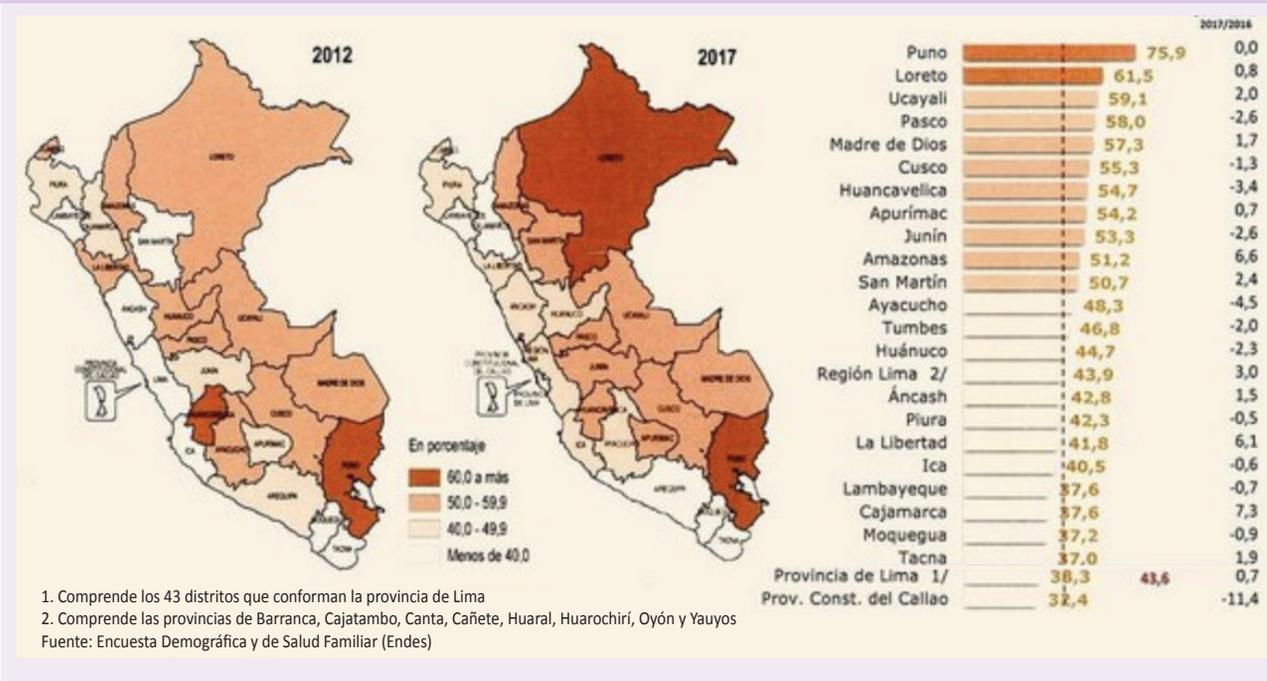
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta demográfica y de Salud Familiar

De cada 100 casos de anemia, 64 corresponden a anemia leve. La anemia leve, no da signos o síntomas evidentes, razón por la cual los cuidadores del niño no reconocen que este tiene anemia y generalmente asumen una actitud pasiva frente al tema.

La anemia afecta al 53 % de los niños pertenecientes al quintil de menores ingresos, aunque también afecta al 28 % de los niños que pertenecen al quintil de mayores ingresos. Existen regiones del país en donde la anemia afecta al 75 % de los niños, como es el caso de Puno. Las mayores prevalencias se registran en regiones de la Sierra sur y central y en la amazonia. En el período 2016 y 2017, trece de las veinticinco regiones del país incrementaron los niveles de anemia.

La anemia afecta al niño cuanto menor edad tiene. Para el año 2017, el 60 % de los niños entre 6 y 12 meses de edad tenían anemia. El problema del déficit en las reservas de hierro empieza desde la gestación y continua durante los primeros meses de vida.

Proporción de niñas y niños de 6 a 36 meses de edad con anemia, según región, 2012-2017



Se estima que la anemia infantil en el Perú, está asociada al déficit en el consumo de hierro en la alimentación, que como ya se ha expresado en líneas previas, tiene su mayor efecto en los niños más pequeños y en las gestantes. Cuando en una población más del 40 % de los niños tienen anemia, se puede afirmar que todas las personas de este grupo etario tienen algún grado de déficit en sus reservas de hierro, generalmente a nivel de la médula ósea. Esto, de acuerdo a la OMS, puede ser definido como un grave problema de salud pública.

En 2012, se estimó el impacto económico de la anemia y se encontró que la anemia cuesta a la sociedad peruana aproximadamente S/. 2 777 millones, que representan el 0,62 % del PBI. De este costo, el componente más importante es el asociado a los efectos en la edad adulta de la pérdida cognitiva que genera la anemia en los niños, que alcanza unos S/. 1 285 millones, que representan alrededor del 0,33 % del PBI.³

Según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (Cenan), en el Perú, los niños pequeños solo cubren la tercera parte de sus necesidades de hierro a través

de la alimentación diaria. Además, debido a la alta prevalencia de anemia de la gestante y a la escasa práctica del "corte tardío del cordón umbilical", el niño nace con pobres reservas de hierro. Las frecuentes infecciones e infestaciones parasitarias, así como el temprano reemplazo de la leche materna por cualquier otro producto lácteo son causa del problema.

Determinantes sociales de la elevada prevalencia de anemia

- ▶ Falta de acceso a alimentos de calidad y en cantidad adecuadas, producto de la inseguridad alimentaria que afecta a gran parte de la población.
- ▶ Malos hábitos de alimentación y nutrición.
- ▶ Condiciones insalubres de la vivienda y del entorno comunitario, debido a la carencia de agua segura y alcantarillado.
- ▶ Escasos hábitos higiénicos.
- ▶ Bajo nivel educativo.

Todos ellos expresiones de la pobreza multidimensional que afecta aún a amplios sectores de país.

³ Alcazar L. Impacto económico de la anemia en el Perú. Acción contra el hambre. Grade. MINSa, 2012.



La respuesta del Estado

Siendo este un grave problema de salud y nutrición pública, desde hace siete años el Estado peruano, realiza diversos esfuerzos para reducir los altos niveles de anemia. Sin embargo los resultados no han acompañado a los esfuerzos ni a la inversión realizados. Los niveles de anemia casi se mantienen inalterables.

El actual gobierno se ha propuesto reducir la desnutrición y la anemia infantil. Para ello ha realizado las siguientes acciones:

- ▶ En abril de 2017, el Ministerio de Salud aprobó el “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú, 2017-2021”.⁴
- ▶ En el mes de junio del 2017, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social aprueba el “Plan sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021”.⁵

Proporción de niñas y niños de 6 a 36 meses de edad con anemia, según región, 2012-2017

Indicador	2016	2017*	2018*	2019*	2020*	2021*
Tasa de DCI (Menores de 5 años, OMS)	13.10 %	13.00 %	11.40 %	9.70 %	8.10 %	6.40 %
Tasa de anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad	43.60 %	37.90 %	33.20 %	28.50 %	23.80 %	19 %

Fuente: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021

⁴ Minsa. R.M. 249-2017/Minsa. 12 de abril del 2017. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú, 2017-2021.

⁵ Midis. R.M. 112-2017/Midis. 23 de junio del 2017. Plan sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en niñas y niños menores den 36 meses, 2017-2021.



Principales acciones para la reducción de la anemia

El Plan Nacional aprobado por el Minsa plantea 15 intervenciones en el marco de los Programas Presupuestales “Articulado Nutricional” y “Salud Materno Neonatal”, que a continuación se listan:

Intervenciones sectoriales en Salud

- ▶ Visita domiciliaria y consejería.
- ▶ Sesión educativa-demostrativa de preparación de alimentos.
- ▶ Tratamiento y prevención de anemia con suplemento de hierro de buen sabor a niños y consejería.
- ▶ Control de crecimiento y desarrollo infantil y consejería desde el nacimiento.
- ▶ Suplementos de vitamina A para niños de 6 meses a 5 años (rural)
- ▶ Vacunas y atención a enfermedades prevalente de la infancia
- ▶ Suplementos de hierro y ácido fólico a gestantes en control prenatal y consejería.
- ▶ Suplemento de hierro y ácido fólico a mujeres adolescentes de 12 a 17 años.
- ▶ Desparasitación a escolares y familias (2 a 17 años).

Intervenciones intersectoriales y sociales

- ▶ Capacitación y concurrencia del Midis, Minagri, Pesquería, a nivel de los Municipios.
- ▶ Capacitación a instituciones educativas y comités de padres de familia de aula.
- ▶ Capacitación a organizaciones sociales a nivel de comunidades.
- ▶ Promoción del consumo de agua segura y lavado de manos.
- ▶ Control de yodo en sal (rural).
- ▶ Promoción de alimentación saludable.



Un panorama poco auspicioso

Las intervenciones del sector salud fueron de escasa cobertura y frecuente discontinuidad, situación que pone en evidencia la inestabilidad de los decisores de la política de salud, baste recordar que en los últimos siete años se han sucedido cinco gestiones ministeriales. A esto se suma, la baja prioridad brindada a este problema en relación con su envergadura y la falta de una activa participación y compromiso de los niveles subnacionales de gobierno, no obstante las firmas de compromisos y declaraciones al respecto.

La normatividad generada para la implementación de la política, incluyendo las modificaciones introducidas, ha sido lenta y poco eficaz. Aún muchos servicios de salud desconocen la nueva norma de prevención y tratamiento de la anemia, aprobada y publicada en abril del 2017.⁶ Por lo tanto, no se implementa o no se involucran en su implementación.

“En relación a la disponibilidad de suministros de hierro, la información oficial mostró que a fines de 2017, el 83% de los establecimientos de salud cuentan con un stock de micronutrientes de por lo menos dos meses. El problema ha sido el progresivo deterioro en el nivel de consumo. También se ha observado una disponibilidad adecuada de gotas de sulfato ferroso. La disponibilidad de sulfato ferroso en jarabe, ha sido menor y ha dependido de compras regionales, que en algunos casos ha sido adecuada y en otras insuficientes. Para cumplir con la aplicación de la nueva normatividad, aprobada por el Minsa en abril de 2017, el sistema logístico nacional y regional fundamental para la adquisición y distribución de los insumos estratégicos, se muestra incapaz de garantizar jarabes y microcubetas (instrumento para dosaje de hemoglobina) de manera oportuna y continua en el nivel local. Basta recordar que la norma, a la que se hizo referencia previamente, tiene ya un año de vigencia y aún no se ha adquirido el hierro polimaltosado en jarabe considerado en sus protocolos. Es preocupante también la carencia de un sistema de calibración de los equipos para el tamizaje de la hemoglobina, lo que afecta la credibilidad de los resultados y el apropiado monitoreo de casos”.

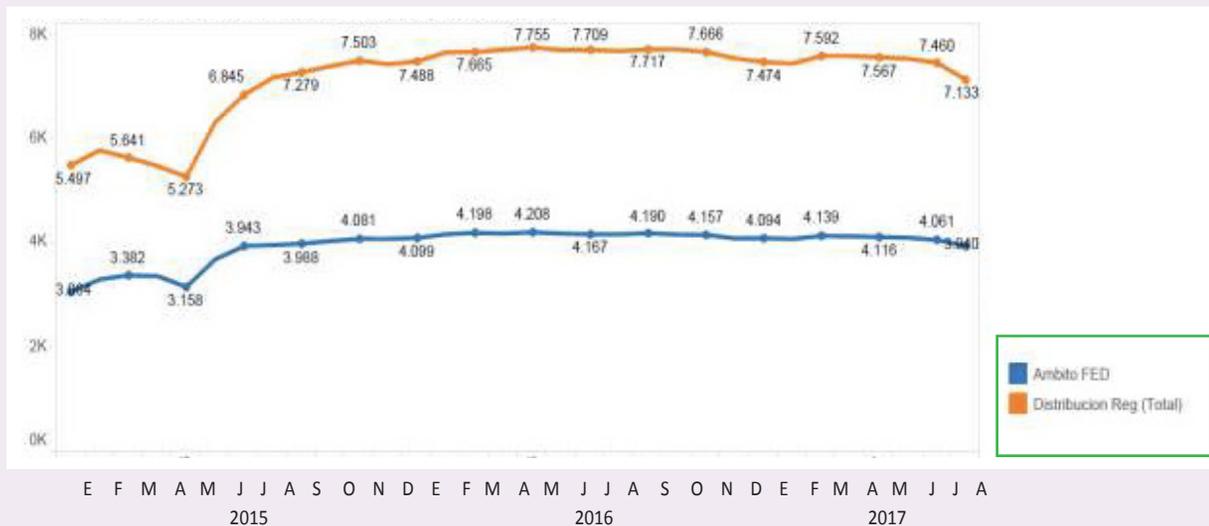
Para la implementación de la política y su normativa no se realizaron los arreglos institucionales necesarios para facilitar su operatividad en los servicios: cambios en la organización, nuevos horarios de atención, incentivo a trabajo extramuros y la educación en comunidad, entre otras medidas indispensables y de alto impacto en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico y tratamiento de la anemia, de manera oportuna y permanente.



⁶ NTS N.º 134-Minsa/2017/DGIESP. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.

Establecimientos de salud con disponibilidad de multimicronutrientes de 2 meses o más

Se observa la tendencia del número de estos establecimientos de salud en relación a la meta física



Fuente: Midis-Red Informa⁷

Estos últimos días asistimos a la denuncia formulada por la Defensoría del Pueblo, sobre el vencimiento de 180 000 sobres de polvo de multimicronutriente en la Región de Salud de Lambayeque. No obstante, que en esta región, de acuerdo a la Endes 2017, solo el 21% de los niños consumía suplementos de hierro y la prevalencia de anemia alcanza al 39 % de los niños menores de 36 meses, incrementándose en 4.4 puntos porcentuales entre el 2016 y 2017. Esta pasividad de la gestión regional refleja la escasa prioridad que otorga a este problema, pero también la ausencia de supervisión y monitoreo del Minsa.⁸

Las acciones de comunicación social han sido esporádicas y sin la indispensable adecuación a los diversos contextos sociales y culturales del país, lo que les resta efectividad. Las campañas de tamizaje y tratamiento de anemia realizadas el 2017, solo alcanzaron a 116 252 niños y niñas menores de tres años de edad y 33 935 gestantes,⁹ esto es solo 10% de la población meta. Estas actividades usualmente no logran establecer relaciones

de continuidad con los usuarios condición fundamental para la adherencia al tratamiento. Asimismo, está comprobado que las campañas de desparasitación son de muy baja efectividad por fuera del ámbito amazónico, en donde la uncinariasis es una de las causas más importantes de anemia.

En esta intervención, como en otras tantas ocasiones, es notoria la ausencia rectora del Minsa. Era indispensable la decisión política sectorial precisa, persistente, traducida en normas técnicas de salud sólidamente sustentadas por evidencias y en directivas a fin de lograr los arreglos institucionales y sectoriales e intersectoriales que hiciesen viable su exitosa implementación, entre ellos, la adquisición de los recursos necesarios. No obstante, el mayor déficit se produce por falta de conducción, la ausencia de liderazgo nacional con reconocida capacidad de convocatoria capaz de convocar a una "cruzada" contra la anemia sectorial.

⁷ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Reporte RED Informa.

⁸ Instituto Nacional de Estadística: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2017. Informe Preliminar. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

⁹ Mesa de Concertación y Lucha Contra la Pobreza. Perú. Situación de la anemia y malnutrición en la población infantil y propuestas de mejora de las políticas y/o programas nacionales -al primer semestre 2017. Reporte N° 3.

El Consejo Nacional de Salud, instancia de coordinación y concertación sectorial y social, en su sesión 185.º acordó respaldar la implementación del Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021 y apoyar en la difusión de la Campaña de despistaje de Anemia, lamentablemente este acuerdo no pasó del plano declarativo. Cabe señalar esta instancia destinada a desplegar la rectoría sectorial permanece inactiva por más de un año.

La situación de las demás organizaciones proveedoras de servicios de salud, es variada. Essalud cubre aproximadamente al 20% de la población objetivo, viene participando activamente. Adoptó la normatividad emitida por el Minsa y ha dotado a sus establecimientos de salud de los insumos necesarios. Las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales se han involucrado tangencialmente, la naturaleza esencialmente recuperativa y hospitalaria de sus intervenciones no lo facilita.

El subsector privado atraviesa una situación sui generis, sus servicios se han expandido enormemente en las grandes ciudades a la par que los servicios públicos se pauperizan y su atención hace más deficiente. En suma, se viene produciendo el desplazamiento de la demanda hacia el sector privado. Se estima que actualmente este sector atiende al 30 % de la población meta en las grandes urbes. Este problema de salud incluye las clínicas, los consultorios privados y los servicios municipales que operan con lógica privada. Lamentablemente, este sector no se siente parte de esta enorme tarea, pese a que su aporte, según se mencionó, podría ser de gran significación.

En el espacio intersectorial la situación es igualmente poco halagüeña. No existe un mecanismo efectivo de coordinación intersectorial, no obstante la existencia de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) su accionar durante estos años ha sido poco significativo debido a la falta de un liderazgo

La participación de los profesionales de la salud en esta intervención no es constante ni suficientemente comprometida, gran parte de la operatividad recae en enfermería, a través la consulta de control del crecimiento y desarrollo (CRED) y en nutrición que realiza las sesiones demostrativas. La participación de otros profesionales, incluyendo la del médico, usualmente es marginal. Los gestores de los servicios rara vez despliegan iniciativas destinadas a la ampliación de coberturas y el logro de mayor eficiencia en las intervenciones.



nacional capaz de convocar a todos los sectores involucrados tras una propuesta que integre roles diferentes pero complementarios. Esta situación se repite a nivel regional.

Los Programas Sociales dirigidos desde el MIDIS, especialmente Cuna Más, Juntos y el Programa de Apoyo Directo vía Comedores Populares, si bien son bastante activos, tiene bajas coberturas en la población que requiere de la intervención de prevención y control de la anemia, solo el 10% de los menores de 36 meses son atendidos por Cuna Más. Adicionalmente se observa gran dificultad para la acción coordinada con los servicios de salud, con lo que se atenúa más su impacto. Este es un clamoroso ejemplo de cómo la disputa de los protagonismos institucionales afectan la efectividad de las intervenciones.

Los gobiernos locales, reciben recursos a través del PPR "Articulado Nutricional" para realizar actividades en pro de reducir la anemia y desnutrición crónica infantil (DCI), incluyendo el seguimiento a través del denominado Padrón Nominado. Pese a ello, su participación es muy restringida y usualmente dependiente del interés de la autoridad local de turno. En la práctica, los gobiernos locales realizan acciones eficaces donde existe un alcalde interesado, organizaciones de la sociedad civil activas y movilizadas, cuando no acompañadas de alguna ONG que cabildea.

El sector educación no tiene mayor participación en esta intervención, el Programa no escolarizados de educación inicial (Pronoei) dirigido a menores entre los 3 y 5 años, debido a su escasa cobertura solo atienden un 3% de la población infantil en estas edades. La participación de los sectores productivos (agricultura, pesquería, producción) es básicamente declarativa sin mayor evidencia respecto de su eficacia. Las universidades, como es usual, se han mantenido al margen frente a este problema nacional.

La gestión presupuestal y el Programa Articulado Nutricional

Las intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil y la anemia, se financian en el país desde el año 2008, a través del Programa Estratégico Presupuestal Articulado Nutricional (PAN). El presupuesto del PAN se ha incrementado de S/ 1 052 millones de soles en el año 2009 a S/ 1 983 millones de soles en el año 2017.

El PAN para el 2018 contaría con un presupuesto de S/ 1 957 millones que representa el 12.2 % del presupuesto total de la función salud y el 29.2 % de los programas presupuestales de la función salud. Preocupa la reducción de 26 millones, que representa una disminución del 1.3 % respecto del PIA del año 2017.

Esta reducción se observa en intervenciones claves del programa, tales como vacunas, CRED y suplemento de hierro en gestantes y niños y niñas. En este último caso el presupuesto asignado para el 2018 tiene un monto de 147 millones de soles menor que el ejecutado durante el 2017.¹⁰ Esto puede expresarse en déficits en la disponibilidad de medicamentos y suplementos para la atención y prevención de la anemia en el próximo periodo.

PAN. Asignación de presupuesto directamente a productos (intervenciones claves). PIA en millones de soles

Intervención (Producto)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Aumento (2009-2017)	Aumento %
33 254 niños con vacuna completa para su edad	165.7	420.4	451.6	519.5	419.6	343.6	387	429.7	507.3	492.8	341.6	206 %
33 255 niños con CRED completo según edad	20.2	86.4	110	197	176.6	191.4	273.8	286.6	309.3	296.1	289.1	1431 %
33 255 niños con suplemento de Fe	6.3	5.7	15.4	18.8	45.6	67.1	89.6	100.6	257.5	109.6	251.2	3987 %
3 033 317 gestantes con suplemento de Fe y AF	23.7	26.9	28.7	25.8	31.2	46.9	58.4	62	53.4	45.8	29.7	125 %
Otros productos y proyectos	836.1	1054.6	782.3	518.9	622.3	703.5	818.1	863.1	855.5	1012.5	19,4	2 %
Total articulado nutricional	1052	1594	1388	1280	1280	1352.5	1626.9	1742	1983	1956.8	931,1	89 %

Fuente: SIAF-MEF. Elaboración: DGPP-MEF

* El presupuesto del Programa Juntos estaba incorporado en el PAN, en los siguientes años fue reordenado y en 2012 formó parte de otro programa presupuestal. En 2012 solo comprende el presupuesto de hogares con niños menores de 36 años.

En el informe del seguimiento concertado en la MCLCP, se observa una baja prioridad de los productos/actividades de promoción de la salud en los presupuestos para los programas de Salud Materno Neonatal (SMN) y Articulado Nutricional (PAN). En SMN representa el 2.5 % del presupuesto total de salud y en el PAN, solo el 7 %. Esta asignación es contradictoria con la importancia estratégica que tienen las actividades de educación y promoción comunitaria para la reducción de la anemia.¹¹

Así mismo, en 2018, el presupuesto orientado a las acciones de promoción de salud tendría una leve disminución y se eliminarían algunas intervenciones vinculadas a Municipios, Comunidades e Instituciones Educativas. No obstante, crece el presupuesto para "Familias Saludables con Conocimientos para el Cuidado Infantil, Lactancia Materna y Adecuada Alimentación y Protección del Menor de 36 meses de edad".

Programa Articulado Nacional (PAN). Asignación y ejecución presupuestal. 2015-2017.¹²

Categoría Presupuestal 0001: PAN	1,475,469,198	2,051,276,234	1,949,849,965	95.1	1,617,197,419	1,999,117,005	1,929,404,261	96.5	1,932,441,630	2,056,785,450	1,615,403,769	78.5
	PIA 2015	PIM 2015	Ejecución Devengado	2015*	PIA 2016	PIM 2016	Ejecución Devengado	2016*	PIA 2017	PIM 2017	Ejecución Devengado	2017*
3000001: Acciones comunes	59,143,390	117,361,543	99,762,449	85.0	56,780,233	188,778,638	175,415,430	92.9	156,523,160	148,039,269	106,676,482	72.1
3000608: Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos	9,853,960	10,864,822	10,628,506	97.8	11,109,376	11,523,397	11,419,651	99.1	12,739,141	13,514,699	10,708,262	79.2
3000609: Comunidad accede a agua para el consumo humano	41,639,748	50,714,117	47,644,041	93.9	51,545,000	68,508,788	63,975,576	93.4	60,243,824	81,486,838	56,913,116	69.8
3000733: Poblacion informada sobre el cuidado infantil y practicas saludables para la prevencion de anemia y desnutricion cronica infantil	41,000	15,704,310	15,190,339	96.7	7,777,149	8,178,943	7,722,711	94.4	9,480,814	8,612,101	4,716,025	54.8
3033248: Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentacion	28,935,508	91,927,527	64,287,428	69.9	47,819,014	76,138,576	56,592,913	74.3	34,699,854	52,538,075	30,046,710	57.2
3033249: Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentacion	14,114,952	33,745,610	18,886,753	56.0	13,844,859	15,961,527	14,682,722	92.0	18,018,138	19,239,894	15,158,564	78.8
3033250: Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentacion	8,950,142	13,378,756	12,794,221	95.6	11,796,920	13,816,796	13,395,291	96.9	12,259,113	13,218,154	10,991,672	83.2
3033251: Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentacion y proteccion del menor de 36 meses	44,920,977	49,747,380	48,160,068	96.8	42,272,600	45,177,924	43,027,027	95.2	39,394,218	49,676,210	37,355,440	75.2
3033254: Niños con vacuna completa	387,014,414	491,381,374	483,348,850	98.4	429,721,387	502,858,467	497,212,715	98.9	507,347,331	579,349,273	489,863,670	84.6
3033255: Niños con CRED completo según edad	273,778,854	408,853,237	398,140,715	97.4	286,626,523	342,399,888	332,258,237	97.0	309,344,916	356,618,656	292,880,554	82.1
3033256: Niños con suplemento de hierro y vitamina A	89,556,608	133,219,145	130,281,426	97.8	100,635,159	110,913,166	107,044,002	96.5	257,535,813	132,152,050	73,118,762	55.3
3033311: Atencion de infecciones respiratorias agudas	165,672,917	186,559,290	182,811,835	98.0	176,889,590	171,601,078	169,668,336	98.9	153,220,772	182,424,774	151,760,859	83.2
3033312: Atencion de enfermedades diarreicas agudas	79,343,688	94,046,840	92,621,309	98.5	90,604,407	104,427,908	102,969,561	98.6	93,321,128	107,066,354	86,937,481	81.2
3033313: Atencion de infecciones respiratorias Agudas con complicaciones	96,324,110	124,532,134	122,280,524	98.2	99,068,812	126,534,702	124,814,640	98.6	92,873,406	114,317,791	89,662,291	78.4
3033314: Atencion de enfermedades diarreicas agudas con complicaciones	62,713,990	72,603,885	72,107,901	99.3	68,457,699	82,481,564	81,603,158	98.9	56,178,572	62,466,214	48,777,842	78.1
3033315: Atencion de otras enfermedades prevalentes	31,742,542	35,596,340	35,086,787	98.6	30,634,421	36,991,282	36,237,898	98.0	36,162,053	49,740,427	39,312,491	79.0
3033317: Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	58,428,032	92,303,011	87,613,550	94.9	62,048,743	59,113,712	58,053,541	98.2	53,376,745	52,094,223	44,424,682	85.3
3033414: Atencion de niños y niñas con parasitosis intestinal	23,294,366	28,736,913	28,203,261	98.1	29,565,527	33,710,649	33,310,852	98.8	29,722,632	34,230,448	26,098,866	76.2

¹¹ Reporte N° 3-2017-SC/MCLCP: Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. Perú. Situación de la anemia y malnutrición en la población.

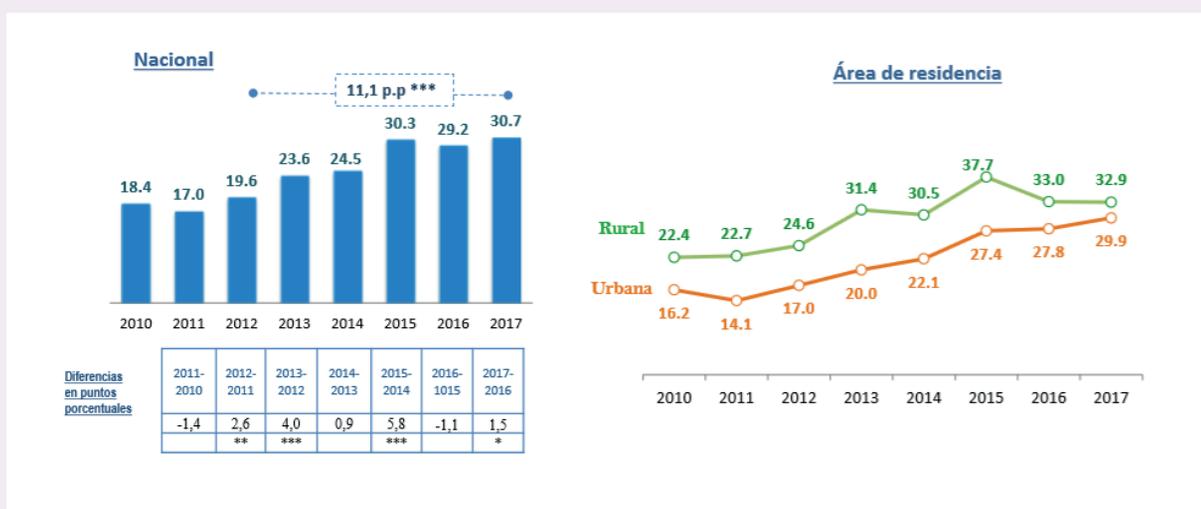
¹² Ministerio de Economía y Finanzas: Reporte Amigable. SIAF-MEF. Elaboración: DGPP-MEF



Un elemento clave es el análisis de calidad del gasto del PAN y no solo la asignación y la ejecución presupuestal. Lamentablemente, no existen mecanismos de monitoreo que permitan evaluar la calidad y la eficiencia del gasto. Llama la atención el hecho que, no obstante el incremento sostenido del presupuesto del PAN, los niveles de suplementación con hierro en menores de tres años permanecen sin modificaciones, estancados en 30 % en los últimos tres años.¹³

Esto explica, en gran medida, porqué en los periodos 2016 y 2017, la prevalencia de anemia se mantuvo inalterable entre 43.6 %. A este ritmo será imposible alcanzar la meta propuesta.¹⁴

Proporción de niñas y niños de 6 a 36 meses de edad que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días, 2010-2017



* Diferencia significativa (p < 0,10)
 ** Diferencia altamente significativa (p < 0,05)
 *** Diferencia muy altamente significativa (p < 0,01)
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta demográfica y de Salud Familiar

¹³ Instituto Nacional de Estadística: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2017. Informe Preliminar. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
¹⁴ Instituto Nacional de Estadística: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2017. Informe Preliminar. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

¿Qué hacer para reducir la anemia?

Deben desarrollarse intervenciones en los grupos materno, infantil y adolescente. La prevención incluye las mejoras de las prácticas nutricionales, sobre todo, el consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal –sin dejar de lado la alimentación balanceada–, la suplementación preventiva en el embarazo y en los primeros años de la vida, la prevención y el tratamiento de las enfermedades prevalentes de la infancia, la atención de la maternidad y el corte oportuno del cordón umbilical.

También, debe asegurarse la provisión de alimentos de consumos masivo fortificados. Por otro lado, debe asegurarse el tratamiento oportuno, sostenido y prolongado con suplementos de hierro de los casos diagnosticados de anemia.

Estas acciones deben desarrollarse en todos los niveles: la autoridad sanitaria nacional, los establecimientos de salud, la comunidad y en el hogar, con claro enfoque intersectorial e intergubernamental. La participación de la comunidad y la familia es fundamental. La lucha contra la anemia tiene como escenario central y cotidiano a los hogares peruanos. Esto implica acciones de participación, educación, comunicación y promoción de la salud.

Se requiere fortalecer la función rectora del Minsa, para dar orientación de política y conducción estratégica para enfrentar este daño con carácter de alta prioridad nacional, para lo que debe ejercer un liderazgo que supere las disputas y dañinos protagonismos institucionales.



La experiencia internacional muestra que las intervenciones para reducir la anemia nutricional, tiene un carácter complejo y requieren intervenciones integrales y sistémicas.



Las intervenciones intersectoriales y la acción sobre las determinantes sociales de la anemia

Como ya se expresó, la anemia nutricional tiene una compleja causalidad.

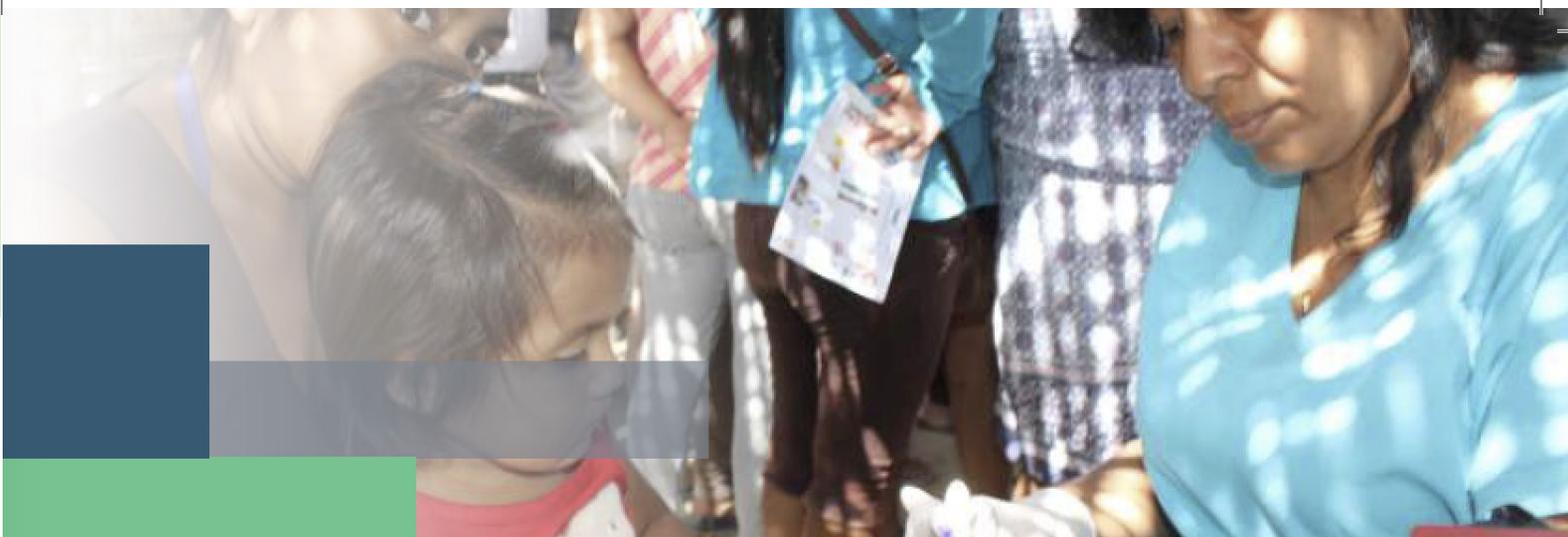
Las intervenciones desde el sector Salud están orientadas a tratar los casos de anemia y a prevenirlos mediante la provisión de suplementos de hierro y la educación en el consumo de alimentos apropiados.

Sin embargo, es indispensable que las políticas públicas, aborden las causas de fondo de la anemia, como las siguientes:

- ▶ Las condiciones de la vivienda y los déficits de acceso al agua y desagüe y las deficientes prácticas de higiene, causa de infecciones diarreicas y parasitosis.
- ▶ La inseguridad alimentaria y la limitada disponibilidad de alimentos nutritivos, en especial, los ricos en hierro, así como la falta de acceso a alimentos fortificados ricos en hierro, como es el caso del arroz, a través del sector producción.
- ▶ La pobreza, falta de educación e inadecuadas prácticas de alimentación y nutrición.
- ▶ La vulnerabilidad de la mujer adolescente, y en particular el embarazo adolescente, así como la multiparidad.

Para abordar estas determinantes, que permitan actuar sobre las causas profundas que determinan los altos niveles de anemia en el país, es importante tener en consideración los siguientes aspectos:

- ▶ Se requiere una alta prioridad política, al más alto nivel, para trabajar de manera intersectorial, con el establecimiento de claras metas sectoriales.
- ▶ Orientar las intervenciones agrícolas y pecuarias para garantizar seguridad alimentaria y, en particular, la disponibilidad de alimentos ricos en hierro de origen animal.
- ▶ Concertar las acciones entre los gobiernos nacional, regional y local. Esto permitirá coordinar acciones en el territorio y convocar la participación social y comunitaria, en el contexto de cada realidad local.
- ▶ Promover el acceso de las poblaciones más vulnerables al consumo de alimentos fortificados con micronutrientes, particularmente hierro.
- ▶ Desarrollar estrategias y establecer objetivos para la participación de los programas sociales en las acciones para la reducción de la anemia.
- ▶ Desarrollar acciones de educación nutricional en las escuelas, para tener una cultura de alimentación saludable y nutritiva.
- ▶ Fortalecer los programas de acceso a agua y saneamiento y mejora de prácticas de higiene, con énfasis en ámbitos priorizados por menor cobertura del servicio y mayores niveles de anemia.
- ▶ Promover acciones de comunicación para el cambio de comportamiento, a través de canales de comunicación masivos, interpersonales y alternativos.

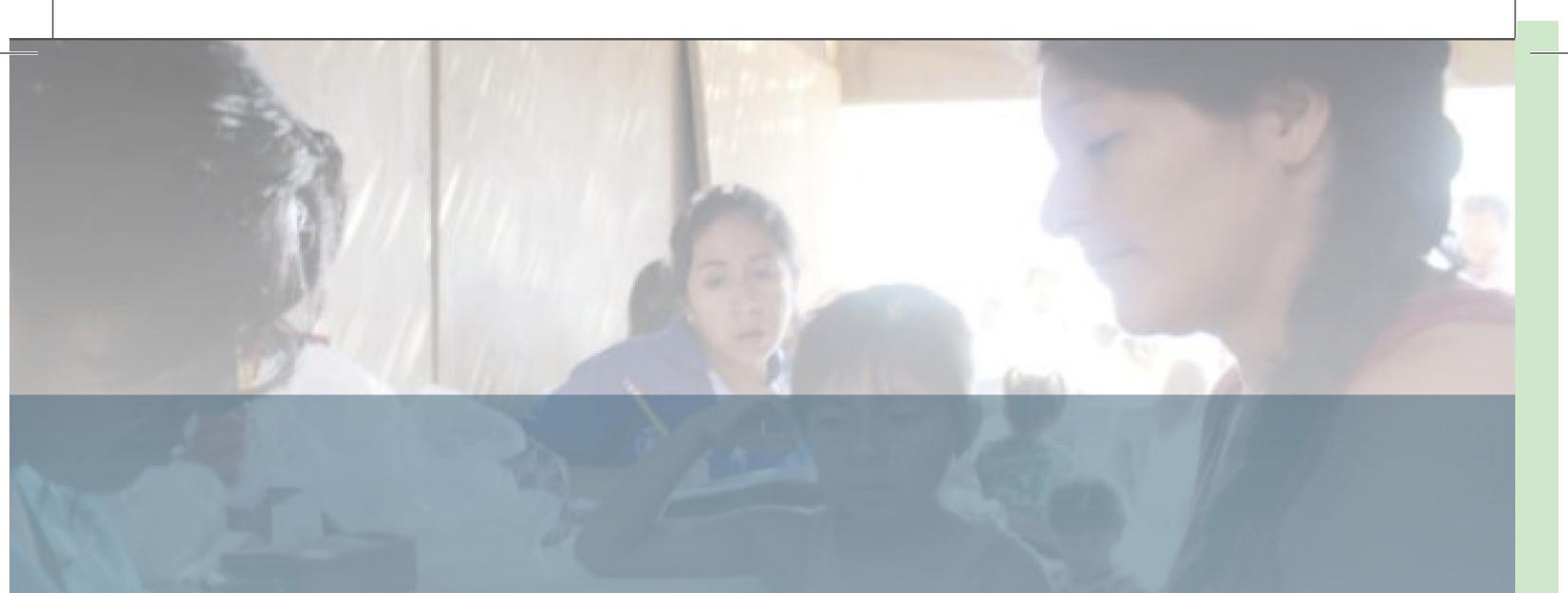


El rol de los establecimientos de salud

En las acciones para el control de los altos niveles de anemia los servicios de salud cumplen un rol central en su prevención, detección y tratamiento eficaz. Es fundamental prevenir la anemia desde los servicios de salud, fomentando hábitos nutricionales que garanticen el consumo de alimentos ricos en hierro en etapas tempranas de la vida y durante el embarazo, de igual importancia es el tratamiento de la anemia de la gestante y el pinzamiento tardío del cordón umbilical.



Una vez detectada la anemia requiere de un tratamiento prolongado no menor a seis meses. En tal situación la adherencia al tratamiento es fundamental. No existen “balas mágicas” ni tratamientos milagrosos. En eso se asemeja bastante al tratamiento antituberculoso. Esto exige una presencia real y permanente de los servicios de salud facilitando múltiples y complementarias formas de tratamiento y principalmente logrando convencer a la familia que aunque el niño parezca estar sano, realmente no lo está y por lo tanto comprometerla a administrar el suplemento de hierro necesario en sus diversas modalidades y, no menos importante, acompañar y alentar a la familia para que no claudique en este largo proceso.



Cabe preguntarse: ¿Están los servicios en condiciones de asumir estos desafíos?

Veamos la situación. Si cerca de 100 % de la población infantil sufre deficiencia de hierro, estamos obligados a intervenir sobre toda la población, esto es, con cobertura universal. Lamentablemente, esto no sucede, en las grandes urbes se estima que el 30 de la atención es provista por servicios privados a los cuales aún no se ha logrado involucrar en la implementación de acciones para controlar los altos niveles de anemia.

Los establecimientos públicos de salud usualmente están desprovistos de los insumos necesarios para asegurar el tamizaje de calidad, que además requiere de equipos calibrados y personal entrenado, y en menor medida del suministro permanente y oportuno de hierro medicamentoso (hierro en gotas y jarabe).

Pero lo fundamental está en el compromiso del equipo de salud para hacer frente a este “flagelo silencioso” solo así podrá sus mejores esfuerzos para entablar una relación de confianza con los padres que garantice la continuidad del tratamiento. Es una fidelización que se respalda en la confianza de los padres con los proveedores de atención.

La desconfianza en los servicios de salud es creciente, puede existir legítimas razones para ello: el crónico abandono de los trabajadores de salud de parte del estado ocasiona desmotivación, la falta de reconocimiento a la dura labor cotidiana, la vigencia de un modelo de atención que se encuentra de espaldas a la población y sus necesidades cotidianas de salud, etc. Esta situación conduce a la pérdida de legitimidad ante los ojos de la población.

En el breve plazo, los establecimientos de salud, tienen que reorganizar sus modalidades de atención, para garantizar que el niño que llega al consultorio externo o al servicio de crecimiento y desarrollo, tenga un diagnóstico inmediato y que sin pérdida de tiempo reciba las indicaciones terapéuticas, el medicamento o suplemento y la consejería correspondiente.

Aquí juega un rol capital la participación del médico, en los establecimientos de salud que disponen de él.



La proyección comunal y la participación social

Durante los últimos años el trabajo extramuros, han sufrido un progresivo deterioro, tanto en la cobertura, como en la calidad e integralidad de las intervenciones. Así como en su importancia dentro de las actividades propias del personal del establecimiento del primer nivel en especial.

Este es un tema fundamental en el caso de las intervenciones para reducir los altos índices de anemia. La administración del suplemento de hierro debe ser diaria y en el hogar, esto requiere la plena decisión del cuidador de administrarlo, a diferencia de lo que puede ocurrir con las vacunaciones que se administran un número limitado de veces por el personal de salud. Igualmente, es clave el consumo de alimentos ricos en hierro en la alimentación diaria del niño o la madre gestante. Esto exige tanto educación alimentaria como consejería que promueva la incorporación de prácticas nutricionales positivas.

Tanto por su organización, como por la escasa disponibilidad de personal de salud que realiza trabajo extramuros, los establecimientos de salud no están en condiciones de alcanzar coberturas significativas de atención a las familias de menores de tres años o madres gestantes. Para superar esta situación se requiere de cambios estratégicos en la gestión de servicios de salud: reorganizar las modalidades de atención, optimizar y, cuando es necesario, incrementar el personal de salud, programar actividades concertadas con las organizaciones comunales (campañas) que acerquen los servicios a las comunidades. A la par, es necesario promover la participación de instituciones locales, incluyendo a los gobiernos locales, organizaciones vecinales y comunitarias y promotores y líderes representativos de la comunidad.

Bibliografía

- ▶ Instituto Nacional de Estadística: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2017.
- ▶ Informe Preliminar. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- ▶ Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza. Perú. Situación de la anemia y malnutrición en la población infantil y propuestas de mejora de las políticas y/o programas nacionales al primer semestre 2017. Reporte N.º3.
- ▶ Minsa. R.M. 249-2017/MINSA. 12 de abril de 2017. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú, 2017-2021.
- ▶ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Reporte RED Informa.
- ▶ Ministerio de Economía y Finanzas: Reporte Amigable. SIAF- MEF. Elaboración: DGPP-MEF.
- ▶ NTS N° 134-Minsa/2017/DGIESP. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.
- ▶ Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005 WHO Global Database on Anaemia.



PACHACÚTEC

Una experiencia exitosa en la reducción de la anemia

La Microred de Salud Pachacútec del distrito de Ventanilla, perteneciente a la Dirección Regional de Salud del Callao, durante el último año, ha venido desarrollando una estrategia de intervención, que ha logrado óptimos niveles de reducción de la anemia infantil.

La estrategia se basa en el cumplimiento de la normatividad que promueve el Minsa: identificación y tratamiento de los casos de anemia, la prevención a

través de la suplementación con hierro y mejora de las prácticas nutricionales para incrementar el consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal.

La estrategia busca el aumento del acceso de la población a los servicios que brindan los establecimientos de salud, mediante la mejora de su cobertura y calidad, y la promoción de la adherencia al tratamiento y suplementación con hierro, a través de una activa participación comunitaria.

Principales acciones realizadas

- ▶ Mejora del sistema y flujos de atención del niño identificado con anemia que acude al establecimiento de salud.
- ▶ Extensión extramural de un paquete de servicios integrales que brinda el establecimiento de salud a través de la realización de campañas de atención en las propias comunidades.
- ▶ Seguimiento domiciliario a través de la participación comunitaria.

Resultados

De acuerdo a los primeros resultados correspondientes a los seis primeros asentamientos humanos intervenidos de la zona de Pachacútec, se ha logrado, durante seis meses de implementación, una reducción de los 23 puntos porcentuales en la prevalencia de anemia, entre los niños menores de tres años de edad que habitan en estas localidades.

En los asentamientos humanos intervenidos, se identificaron 174 niños menores de tres años con anemia. De ellos, 145 fueron seguidos durante los cuatro meses que recibieron tratamiento. La segunda evaluación del nivel de hemoglobina mostró que 99 de ellos habían superado la anemia (68% de recuperación) y 46 mantenían el diagnóstico de anemia, aunque la mayoría había subido su nivel de hemoglobina.

Consultas y comentarios



politicadesalud@cmplima.org.pe

