



**Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud  
Sub Grupo “Anemia No”**

**Reporte N° 3-2016-SC/MCLCP**

**ATENCIÓN PRIORITARIA A LA ANEMIA Y  
PROPUESTAS PARA EL PERIODO  
2016-2021**

**-Versión aprobada por el CEN  
Martes 29 de noviembre del 2016-**





Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud

-Sub Grupo “Anemia No”-

Reporte N° 3-2016-SC/MCLCP

## **ATENCIÓN PRIORITARIA A LA ANEMIA Y PROPUESTAS PARA EL PERIODO 2016-2021<sup>1</sup>**

Aprobado en sesión del CEN de la MCLCP del 29.11.2016

*Saludamos la prioridad dada a la lucha contra la anemia materno infantil mediante el establecimiento de metas nacionales y el diseño de una “Estrategia Nacional para el periodo 2016-2021”, con lo cual se espera reforzar la concurrencia de intervenciones sectoriales e intersectoriales, y el compromiso de los tres niveles de gobierno.*

*No obstante, en el país existen alrededor de 620 mil niños y niñas entre 6 y 36 meses de edad afectados por la anemia, ante lo cual, consideramos urgente reforzar las acciones a corto y mediano plazo para que la atención de la anemia sea una prioridad nacional y deje de ser un problema de salud pública y de desarrollo en el país.*

Hacia el cuarto trimestre del año 2016, el Gobierno Nacional a través de la Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Social (CIAS), el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, y el Ministerio de Salud, han presentado en distintos espacios, incluido la MCLCP, la propuesta de “Estrategia Nacional para la Reducción de la Anemia Materno Infantil 2016-2021”.

Esta propuesta expresa el compromiso y voluntad política del actual gobierno para alcanzar las metas nacionales concertadas con la sociedad civil a través del Acuerdo de Gobernabilidad 2016-2021 como son: “Reducir la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 años, a menos del 10%”, y “Reducir la Anemia en niñas y niños menores de 3 años, a menos del 20%”<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Este documento ha sido trabajado por el Grupo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud- Sub Grupo “ANEMIA NO” que facilitaron la MCLCP y UNICEF y discutida con los integrantes de la Iniciativa contra la Desnutrición Crónica Infantil (IDI). Asimismo, tuvo la participación de los representantes del Ministerio de Salud (MINSa) y del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS).

<sup>2</sup> MCLCP. Acuerdo de Gobernabilidad para el Desarrollo Integral del Perú 2016-2021:

[http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/05/acuerdo\\_de\\_gobernabilidad\\_2016-2021\\_\\_0.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/05/acuerdo_de_gobernabilidad_2016-2021__0.pdf)

A su vez, esta propuesta se encuentra alineada al documento de trabajo “Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú, 2016-2021” del sector salud, al “Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, 2012-2021”, al “Plan Bicentenario. Perú hacia al 2021”, y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Si bien saludamos y reconocemos la prioridad dada a la lucha contra la anemia materno infantil, es importante mostrar las tendencias en el indicador, las estrategias implementadas desde el Estado y sus principales nudos críticos. Esta será la base para plantear recomendaciones a la propuesta de “Estrategia Nacional para la Reducción de la Anemia, 2016-2021”. A continuación se desarrollará cada uno de los puntos planteados:

## **I. LA ANEMIA INFANTIL, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y DE DESARROLLO.**

La anemia infantil es uno de los problemas más graves de salud pública en el país, 43.5% de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad (aproximadamente 620 mil niños menores de 3 años) tienen esta enfermedad y hay regiones como Puno que llegan al 76%<sup>3</sup>. En mujeres gestantes la anemia alcanza el 28%<sup>4</sup>, esta prevalencia sigue siendo de preocupación ya que las experiencias tempranas como el entorno que rodea el desarrollo del feto y la nutrición temprana dentro del útero pueden afectar el desarrollo temprano y futuro del niño o la niña. Asimismo, pone en riesgo la salud y la vida de la gestante pues una gestante con anemia presenta posibilidades más altas de hemorragia en el parto.

La anemia en los primeros años de vida tiene una repercusión trascendente en el desarrollo de un país. Existen evidencia científica suficiente que muestra que la anemia afecta el desarrollo cognitivo, emocional y físico. En una etapa en la cual los principales órganos tienen su mayor velocidad de maduración y crecimiento, la anemia se convierte en una de las barreras para que el potencial de desarrollo infantil no se despliegue y por tanto sus efectos terminan afectando al futuro ciudadano. Por ende este no sólo es un problema de salud sino en un problema de desarrollo.

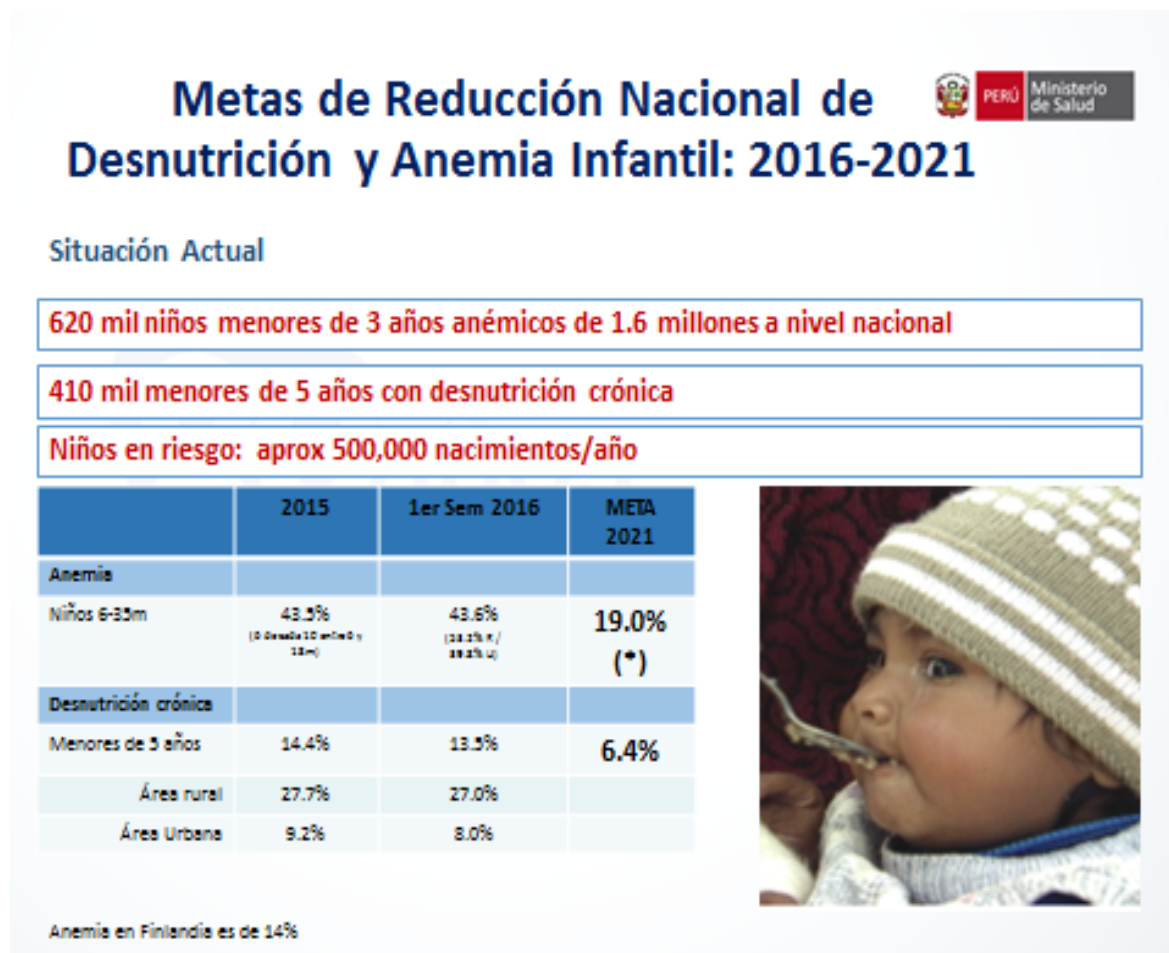
En ese sentido la política del estado es clave para afrontar este problema. Al respecto, el actual gobierno ha puesto como una de sus prioridades la reducción de la anemia y cuenta con una propuesta multisectorial denominada “**Estrategia Nacional para la Reducción de la Anemia Materno Infantil 2016-2021**”, bajo la conducción de la Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales-CIAS y propone la articulación de intervenciones de los Ministerios de Desarrollo e Inclusión Social, Educación, Salud, Vivienda, y Agricultura. Por su parte, el Ministerio de Salud ha trabajado una propuesta sectorial denominada “**Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú, 2016-2021**”. Ambas propuestas se encuentran alineadas y tienen por objetivo reducir el nivel de anemia en especial en las familias con niñas y niños menores de 3 años y gestantes. Asimismo, establecen metas específicas para el periodo 2016-2021. Ver Gráfico 1.

---

<sup>3</sup> Fuente: INEI-ENDES PPR Primer Semestre 2016.

<sup>4</sup> Fuente: INEI-ENDES 2015.

Gráfico 1.



Fuente: MIDIS/MINSA.

### ¿Qué nos dicen las cifras?

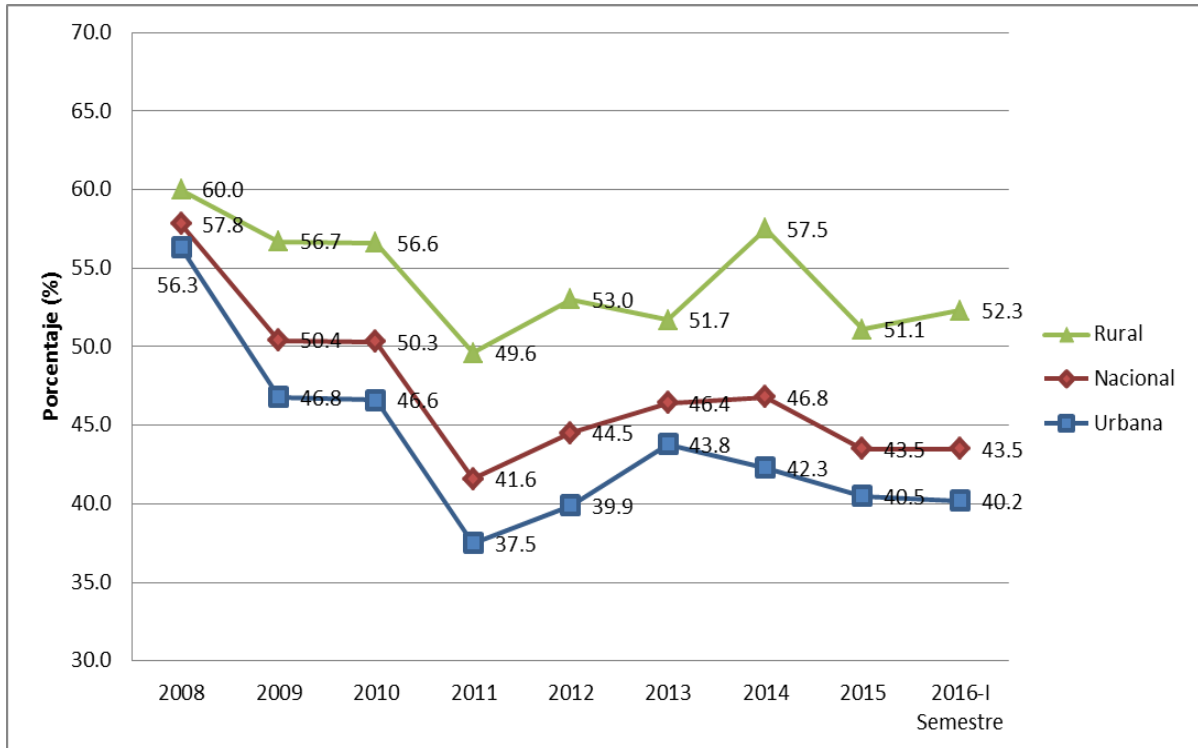
Actualmente, la anemia en el Perú es un problema severo en especial en menores de 2 años y que coincide con el desarrollo rápido del cerebro. Según la ENDES 2015<sup>5</sup>, entre los 6 y 8 meses de edad la anemia afecta al 59.4% de niños y niñas, entre los 9 y 11 meses de edad la anemia afecta al 59.7% de niños y niñas, entre los 12 y 17 meses de edad la anemia afecta al 58.4% de niños y niñas y entre los 18 y 23 meses de edad la anemia afecta al 43.6% de niños y niñas.

A su vez, la tendencia de anemia en el país ha sido hacia el incremento, durante el periodo 2011-2014 subió en 5 puntos porcentuales, sin embargo, en el año 2015 se

<sup>5</sup> Fuente: INEI-ENDES 2015.

empieza a observar una reducción de 3 puntos comparado con el año 2014. Los resultados nacionales preliminares del primer semestre del 2016 no muestran cambios en relación a la prevalencia del año anterior. Es importante llamar la atención sobre la reducción observada entre los años 2008 y 2011. Ver Gráfico 2.

**Gráfico 2. Evolución de la Anemia en Niñas y Niños entre 6 y 36 meses de edad, según área de residencia.**



Fuente: INEI-ENDES PPR Primer Semestre 2016. Elaboración: MCLCP.

La anemia sigue siendo más alta en las áreas rurales, alcanza el 52.3% y, en el quintil inferior de bienestar, alcanza el 54.9%. Al parecer, a partir de la información de la ENDES PPR al Primer Semestre 2016, se podría observar un incremento de la anemia en el área rural, en la sierra rural y en la selva rural. A su vez, se podría observar un incremento de la anemia en el quintil inferior de bienestar. Ver Anexo N° 1.

Llama la atención el caso de Lima Metropolitana, en el periodo 2011-2016 podría tener un aumento de 10.3 puntos porcentuales y en el 2015 y 2016-1er Semestre podría tener un aumento de 1.2 puntos porcentuales en la prevalencia de anemia. Ver Anexo N° 1.

Según información del INEI-ENDES PPR 1er Semestre 2016, en Lima Metropolitana el 36.5% de los niños y niñas de a 6 a menos de 36 meses tienen anemia (aproximadamente 149 mil niños y niñas). A nivel de distritos, San Juan de Lurigancho concentre el mayor volumen poblacional de niños y niñas afectados por la Anemia (aprox. 22 mil niños y niñas). Ver Gráfico 3.

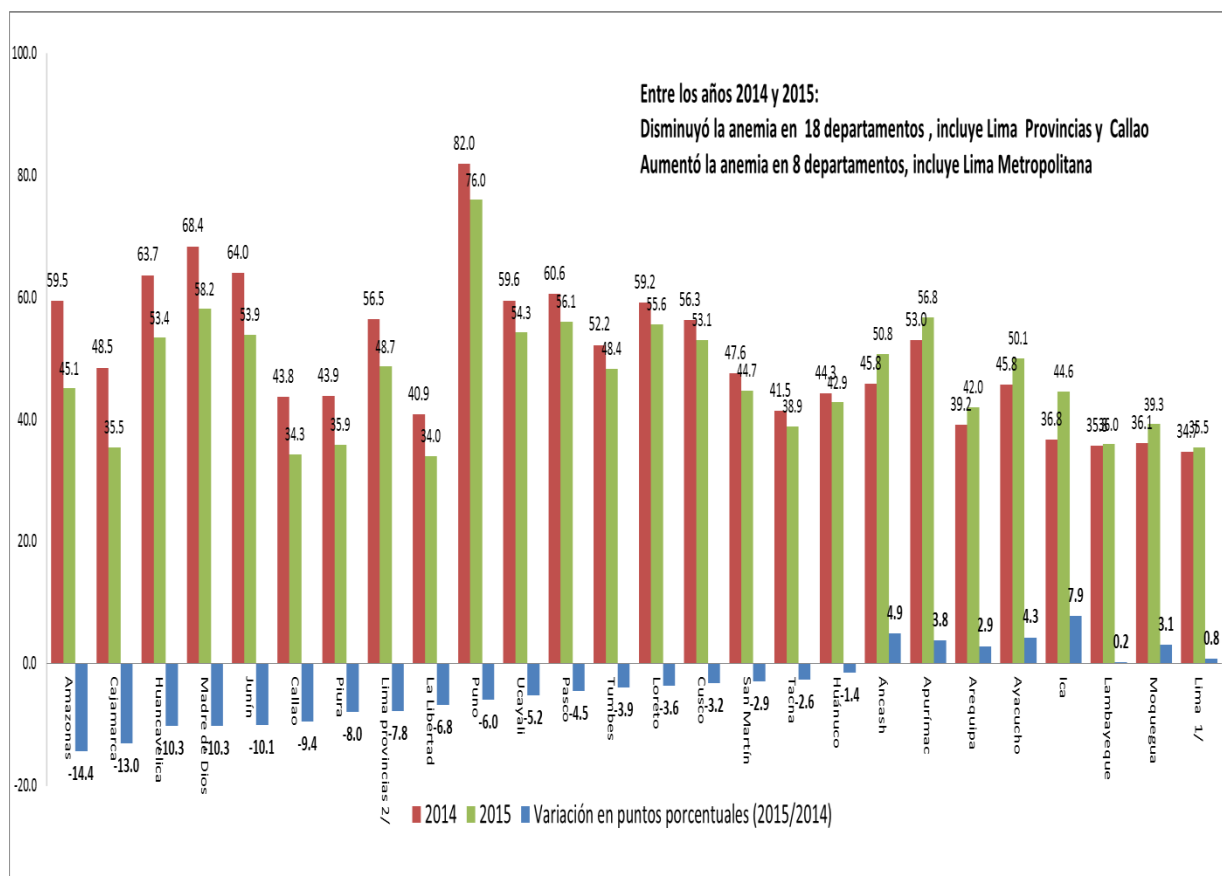
Gráfico 3.

DISTRITO	Numero de Men 3a	% ANEMIA men 3 años	Aprox. N° Niños Men 3 años con Anemia
SAN JUAN DE LURIGANCHO	59,216	37.3%	22,066
ATE	34,524	45.3%	15,639
SAN MARTIN DE PORRES	32,098	45.8%	14,710
VILLA EL SALVADOR	25,426	45.4%	11,541
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	23,968	41.9%	10,047
PUENTE PIEDRA	21,583	43.0%	9,280
COMAS	25,492	34.8%	8,874
SAN JUAN DE MIRAFLORES	19,315	43.7%	8,448
CARABAYLLO	17,324	46.3%	8,029
LURIGANCHO	11,843	58.4%	6,913
LOS OLIVOS	17,518	36.5%	6,402
CHORRILLOS	15,399	38.0%	5,855
SANTA ANITA	12,176	40.4%	4,923
INDEPENDENCIA	10,400	45.0%	4,675
EL AGUSTINO	10,088	45.9%	4,629
LIMA	10,144	42.2%	4,279
SANTIAGO DE SURCO	11,021	33.5%	3,696
PACHACAMAC	8,458	38.8%	3,283
LA VICTORIA	7,188	45.3%	3,255
RIMAC	6,866	43.6%	2,991
LURIN	5,136	48.3%	2,479
CIENEGUILLA	2,472	70.0%	1,730
SAN MIGUEL	4,367	37.2%	1,624
LA MOLINA	5,483	29.2%	1,599
BREÑA	2,618	51.0%	1,335
ANCON	2,375	46.2%	1,098
SAN BORJA	3,043	34.0%	1,036
MAGDALENA VIEJA	2,037	50.0%	1,019
MAGDALENA DEL MAR	1,562	57.0%	890
SAN LUIS	2,264	38.5%	871
MIRAFLORES	1,826	44.4%	812
PUCUSANA	1,197	47.0%	563
CHACLACAYO	1,855	24.3%	451
SANTA ROSA	932	46.0%	429
BARRANCO	927	41.2%	382
SURQUILLO	3,129	10.0%	313
SAN ISIDRO	1,189	20.5%	244
PUNTA HERMOSA	434	47.1%	204
SAN BARTOLO	301	46.9%	141
PUNTA NEGRA	387	20.8%	80
SANTA MARIA DEL MAR	90	12.5%	11
LIMA	423,671	41.6%	

Fuente: Ministerio de Salud. Sistema de Información del Estado Nutricional SIEN 2015. CENAN-INS. No se incluyen distritos de Lince y Jesús María

Es importante mencionar que entre el 2014 y 2015, se observan avances a nivel departamental. En ese periodo 18 departamentos, incluyendo Lima Provincias y Callao, redujeron la anemia comparado con 8 departamentos entre el 2013 y 2014. Ver Gráfico 4.

**Gráfico 4. Niños y Niñas de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia, según departamento, 2014-2015.**



Fuente. INEI- ENDES 2015. 1/ Comprende los 43 distritos que conforman Lima. 2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huacho, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos. Elaboración: MCLCP.

Las coberturas de suplementación con hierro, sea este jarabe o micronutrientes ha ido en incremento en los últimos años. Como se observa en el siguiente Gráfico 5 las coberturas fueron menores al 20% hasta el 2012. El aumento ha sido paulatino durante los últimos 5 años, pero se observa un incremento mayor entre el año 2014 y 2015. A pesar de estas mejoras las coberturas aún son bajas, según la ENDES solo el tercio de los niños recibió un suplemento con hierro los siete días previos a la encuesta.



Gráfico 5.

## 2.3. SUPLEMENTACIÓN, ACCESO Y DESERCIÓN

PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO, 2009-2015.



FUENTE: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009 - 2015.

2007 la cobertura fue de 12.3% y el 2008 fue de 13.1

Fuente: INEI-ENDES 2015. Elaboración: MINSA.

Los niños entre 6 a 11 meses tienen las prevalencias más altas de anemia, según la ENDES, cerca de 60% en el 2015. Esta prevalencia nos da indicios que el problema empieza antes de los 6 meses. Si el niño o niña contara con suficientes reservas de hierro no tendría por qué desarrollar anemia a tan pronta edad. Esto sugiere que la madre posiblemente no ha recibido o ha sido insuficiente la suplementación durante su gestación. Según la ENDES 2015, el 44.6% de las gestantes consumieron menos de 90 tabletas de hierro, según referencia de las madres (la norma establece 180 tabletas durante el embarazo).

### II. LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS DESDE EL ESTADO PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANEMIA:

#### 1. Aprobación y difusión de normas técnicas que facilitaron el avance en la suplementación con hierro y multimicronutrientes en niñas y niños menores de 36 meses y gestantes.

Se avanzó en la aprobación de una serie de normas técnicas como la Directiva Sanitaria N° 056.MINSA/DGSP del año 2014 y que tuvo reconocimiento por parte de la MCLCP<sup>6</sup>, y la guía clínica para el tratamiento de la anemia del año 2015, entre otros. Asimismo, la Directiva Sanitaria N° 068. MINSA/DGSP del año 2016 para la

<sup>6</sup> MCLCP. Reconocimiento. Avances en la normativa sanitaria para la prevención y reducción de la anemia. [http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/05/04\\_seg\\_con-reconocim\\_minsa-direct\\_mmn-2014\\_vf.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/05/04_seg_con-reconocim_minsa-direct_mmn-2014_vf.pdf)

prevención de la anemia en menores de 3 años, que establece la suplementación a partir de los 4 meses de edad y la Directiva Sanitaria N° 069. MINSA/DGSP del año 2016 para la prevención y control de la anemia en gestantes y puérperas.

## **2. Aprobación del Plan Nacional de Reducción y Prevención de la Desnutrición Crónica y la Anemia 2014-2016.**

En el marco del Plan se estableció la meta de reducir a 20% la anemia al año 2016. Los **objetivos** de este plan implicaban: 1) Disminuir las enfermedades prevalentes de la infancia: IRA, EDA y parasitosis, 2) disminuir bajo peso al nacer, 3) incrementar la lactancia materno exclusiva, 4) incrementar las cobertura de vacunas y CRED, 5) incrementar la atención prenatal, parto institucional y 6) el acceso a agua tratada.

Las **estrategias** que se plantearon fueron: a) Impulsar intervenciones de comprobada efectividad en desnutrición materno infantil b) Intensificar intervenciones en distritos de alta prevalencia y zonas de alta concentración de niños < 03 años c) Universalizar suplementación con multimicronutrientes a todos los niños < 03 años d) Seguimiento nominal de niños < 03 años a partir de la identificación en línea del recién nacido e) Generar Acuerdos de Gestión con las Direcciones Regionales de Salud.

Entre las acciones efectivas que se deciden impulsar se encontraban: la suplementación de la gestante y el niño/a de 6 a 36 meses, la alimentación complementaria adecuada, promoción de la lactancia materna, ligadura oportuna del cordón umbilical, entre otros.

## **3. Financiamiento de las actividades a través de los programas presupuestales PAN y SMN.**

El Programa Articulado Nutricional (PAN), incorpora la reducción de la anemia en los menores de 3 años como un resultado intermedio y prioriza para la asignación presupuestal las siguientes intervenciones claves relacionadas a su reducción: suplementación con hierro a la madre gestante y al menor de 3 años, la promoción de buenas prácticas nutricionales ricas en hierro y promoción de la lactancia materna exclusiva (Control CRED, Sesiones demostrativas, Consejería) y la atención de enfermedades prevalentes de la infancia (EDAS, IDAS y parasitosis).

El Programa Salud Materno Neonatal (SMN) incorpora la atención del parto, al respecto se dio una norma que incorpora el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, medida para una adecuada acumulación de reserva de hierro en el niño; y la atención prenatal reenfocada, con lo cual se busca hacer un seguimiento continuo y brindar un tratamiento oportuno a la gestante, entre otros.

Ambos programas canalizan más recursos para intervenciones claves como se puede observar en los siguientes Cuadros 1 y 2:

**CUADRO 1. PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL**  
**Asignación de presupuesto directamente a productos (intervenciones claves)**  
**PIA en millones de Soles.**

Intervención [Producto]	2009*	2010*	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% Incremento (2009-2016)
33254 Niños con vacuna completa para su edad	165,7	420,4	451,6	519,5	419,6	343,6	387,0	429,7	159,3
33255 Niños con CRED completo según edad	20,2	86,4	110,0	197,0	176,6	191,4	273,8	286,6	1318,8
33255 Niños con Suplemento de Hierro	6,3	5,7	15,4	18,8	45,6	67,1	89,6	100,6	1496,8
3033317 Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico	23,7	26,9	28,7	25,8	31,2	46,9	58,4	62,0	161,6
Otros Productos y proyectos	836,1	1054,6	782,3	518,9	622,3	703,5	818,1	863,1	3,2
<b>TOTAL: ARTICULADO NUTRICIONAL</b>	<b>1052</b>	<b>1594</b>	<b>1388</b>	<b>1280</b>	<b>1285</b>	<b>1352</b>	<b>1627</b>	<b>1742</b>	<b>65,5</b>

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. (\*) Extraído de Presentación realizada por Jessica Niño de Guzmán. MEF- Dirección de Presupuesto Temático. Mayo, 2016. El presupuesto del Programa JUNTOS estaba incorporado en el PAN, en los siguientes años fue reordenado y en el 2012 forma parte de otro programa presupuestal. El presupuesto asignado a reducir la DCI y anemia representa alrededor del 10% del presupuesto de la función salud.

**CUADRO 2. PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL**  
**Asignación de presupuesto directamente a productos (intervenciones claves)**  
**PIA en millones de Soles.**

Intervención [Producto]	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% Incremento (2009-2016)
3033295 Atención del Parto Normal	62,2	73,5	147,7	260,6	204,0	192,5	231,3	259,7	317,5
3033172 Atención Prenatal Reenfocada	52,6	43,8	87,9	159,2	134,6	118,6	168,8	195,2	271,1
3033291 Población Accede a Métodos de Planificación Familiar	19,2	32,7	36,1	35,7	56,5	45,1	49,5	64,6	236,5
3033305 Atención del Recién Nacido Normal	24,8	27,0	34,4	83,3	54,6	56,7	93,0	95,0	283,1
Otros productos y proyectos	137,4	203,5	503,4	861,5	635,5	691,2	896,8	833,8	506,8
<b>TOTAL: SALUD MATERNO NEONATAL</b>	<b>359,0</b>	<b>447,1</b>	<b>900,7</b>	<b>1400,3</b>	<b>1085,2</b>	<b>1104,1</b>	<b>1439,4</b>	<b>1448,3</b>	<b>303,4</b>

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas. (\*) Extraído de Presentación realizada por Jessica Niño de Guzmán. MEF- Dirección de Presupuesto Temático. Mayo, 2016.

#### 4. Mejoras en la distribución y la entrega de los MMN a la población.

Se mejora el abastecimiento del insumo oportuno poniendo como estándar que todos los establecimientos cuenten con normo stock (por lo menos 2 meses de abastecimiento). Se identificaron cuellos de botella en los canales de distribución, que se logran corregir. Esto fue parte de las recomendaciones planteadas en la MCLCP en

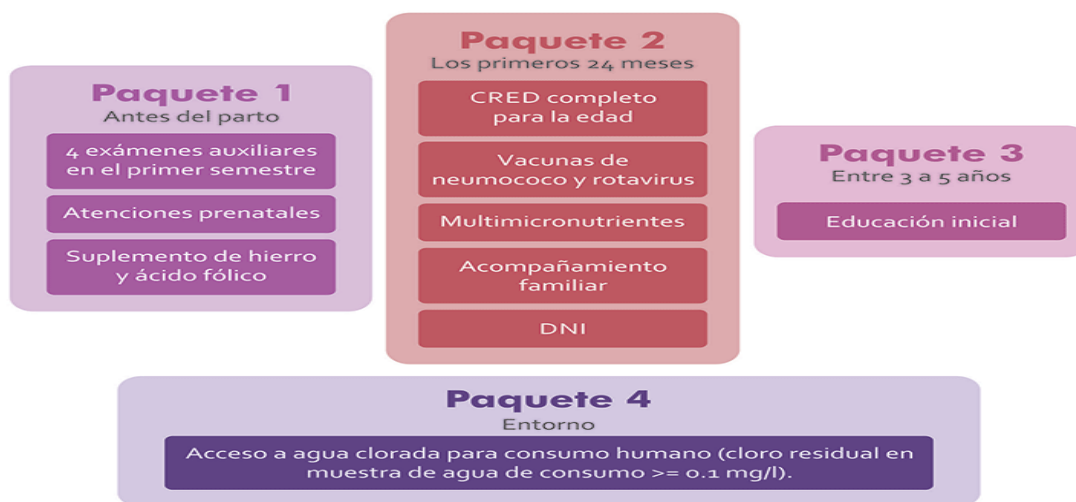
los años 2013<sup>7</sup>, y 2015<sup>8</sup>. Al respecto, se ha desplegado un esfuerzo especial por parte del MINSA y el MIDIS, así como de diversos Gobiernos Regionales. Estos avances se han logrado concretar en particular en el segundo semestre del año 2015.

## 5. Incorporación de compromisos de gestión para el logro de resultados.

Desde el 2013 se inicia la implementación del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados (FED), a cargo del MIDIS y del MEF, el cual se expande a todas las regiones a partir del año 2014. El FED funciona a través de Convenios de Asignación por Desempeño suscritos por MIDIS, MEF y los Gobiernos Regionales. Estos Convenios establecen **metas de cobertura** en la atención a la gestante, niña, niño menor de 5 años, cuyo cumplimiento es multianual, y **compromisos de gestión** para asegurar la adecuada provisión de servicios en el territorio.

Dentro de los resultados necesarios a alcanzar por las regiones para acceder a este incentivo se incluye la suplementación de los niños y niñas con multimicronutrientes y la suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes. Este mecanismo permitió mejor la cobertura y oportunidad de abastecimiento de todos los establecimientos de salud del país. Así mismo impulsó la articulación entre el Programa Nacional Cuna Más y el MINSA, para promover que todos los niños y niñas del programa recibieran su suplemento. Ver Gráfico 6.

**Gráfico 6. Paquete de Servicios FED.** Cada gestante, niño y niña debe recibir el paquete completo de intervenciones priorizadas para cada edad:



Fuente: MIDIS-FED.

<sup>7</sup> MCLCP. Alerta sobre Anemia.

[http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/05/03\\_alerta\\_anemia\\_final-ago2013.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/05/03_alerta_anemia_final-ago2013.pdf)

<sup>8</sup> MCLCP. Evolución de la Anemia en la población infantil 2007-2015.

[http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/05/05\\_repor\\_evolut\\_anemia\\_infantil-mar2015.pdf](http://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/05/05_repor_evolut_anemia_infantil-mar2015.pdf)

## 6. Mejoras en los sistemas de información y seguimiento.

Se mejora el sistema de información para ver el abastecimiento de los MMN y Sulfato Ferroso. Se generan reportes permanentes basados en el SISMED (MINSa).

Se mejora el sistema de seguimiento promoviendo el uso del padrón nominal de niños y niños menores de 6 años (MINSa/RENIEC).

Asimismo, se abren a la ciudadanía sistemas de información pública como REUNIS (MINSa) con información del sector salud y cuadros de control para el seguimiento de la anemia.

A su vez, se viene implementado RED Informa (MIDIS) que funciona con un repositorio de información multisectorial sobre servicios que presta el sector público, con énfasis en lo social. Al respecto, se tiene información sobre indicadores sociales, anemia y distribución de multimicronutrientes, entre otros.

## III. NUDOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS:

**1. Baja adherencia al consumo de los multimicronutrientes.** La cobertura de atención con MMN se ha ido incrementando anualmente, paso de 352,398 niños/as el 2014 a 681,888 niñas/os el 2015; casi el doble en un año. Sin embargo, la tasa de deserción el 2015 fue del 76%. Es decir un gran porcentaje de los niños menores de 3 años han recibido el suplemento pero muy pocos han completado todas su dosis. Las razones identificadas para la baja adherencia fueron:

- a. La consejería a los cuidadores es muy débil y con muy poca pertinencia cultural. La información que tiene la madre sobre el problema de la anemia son muy ambiguos, el mensaje se ha concentrado en la preparación del sobre y no en la trascendencia del problema. Así mismo, el no conocer la cultura para ver cómo se introduce este insumo en las prácticas existentes y con los recursos existentes, así como no manejar el idioma originario de las familias, también es parte de las barreras identificadas.
- b. Muy poco seguimiento al consumo del suplemento. El seguimiento del consumo a través de visitas domiciliarias sea por personal de salud o promotores de salud es muy limitado. Según un estudio realizado para el MIDIS (aún no publicado) cuando la madre encuentra una barrera para continuar con el consumo; sea la presencia de algún malestar en el niño, el sabor del MMN; y nadie absuelve sus dudas, ella decide que el niño o niña deje de consumir el suplemento
- c. Débil capacitación del personal de salud en el manejo de la anemia y el enfoque de interculturalidad.
- d. Débil monitoreo de los servicios de salud, para identificar los problemas en la estrategia.

**2. Las acciones de promoción de la salud y trabajo comunitario han sido los más débiles.** Los presupuestos han sido menores que en otras áreas y la estructura del sistema promueve más un trabajo asistencial dentro de los servicios de salud que el trabajo extramural. En el Proyecto de Presupuesto Público del PAN del año 2017, disminuye en 27% el presupuesto para “municipios saludables promueven acciones

de cuidado infantil y la adecuada alimentación” y disminuye en 7% el presupuesto para “familias con niño/as menores de 36 meses desarrollan prácticas saludables”. Ambas intervenciones tienen un presupuesto asignado de 34 millones y 39 millones respectivamente.

3. **Debilidad en la consejería en el espacio de atención del CRED.** Si bien se avanzó en cobertura aún es necesario mejorar la calidad del CRED que asegure la pertinencia y la oportunidad del mensaje.
4. **No ha existido un mecanismo para monitorear los indicadores de procesos** no ligados a coberturas, por ejemplo, para ver el avance de las líneas de fortalecimiento de capacidades, de comunicación, participación comunitaria o articulación intersectorial.
5. **Las acciones de comunicación se encuentran desarticuladas y aún tienen un débil alcance a nivel local.** Con limitaciones en el manejo del enfoque intercultural y una débil llegada en las áreas rurales. A su vez, aún no se cuenta con una estrategia nacional comunicacional para posicionar el tema en la agenda pública nacional.
6. **La concentración de la estrategia se ha dado en la entrega de los multimicronutrientes,** teniendo menos intensidad en el abordaje de los otros determinantes como la mejora de la práctica alimentaria, la suplementación de la gestante, la ligadura de cordón umbilical, el tratamiento de otras enfermedades, etc.
7. **Cambio permanente de la normativa y del nombre de los insumos,** generaron desconfianza y confusión de los prestadores de salud y de las familias.
8. **La articulación multisectorial ha sido débil.** Si bien se tuvo una mayor articulación entre el MIDIS y el MINSA, la participación de otros sectores o programas sociales ha sido mucho menor. Dos temas que no han logrado la articulación multisectorial y que contribuyen a la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil son “seguridad alimentaria” y “agua y saneamiento”.
9. **Aún débil involucramiento de los niveles locales y regionales de gobierno.** Los esfuerzos se han puesto principalmente desde el nivel central. Los gobiernos regionales y, en particular los gobiernos locales, articulan débilmente al abordaje de la anemia en sus políticas e intervenciones.

#### **IV. RECOMENDACIONES A LA ESTRATEGIA NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA ANEMIA 2016-2021:**

##### **PARA EL NIVEL NACIONAL:**

##### **1. A la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales-CIAS:**

- a. Aprobar y difundir ampliamente el documento de la “Estrategia Nacional para la Reducción de la Anemia 2016-2021”, desde un abordaje multidimensional y multiactor, considerando la participación de los Ministerios de Salud, Desarrollo e Inclusión Social, Educación, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Agricultura, y Producción, alineándolo a las políticas e instrumentos nacionales e internacionales, promoviendo que esté basado en evidencias e incluyan las lecciones aprendidas en el quinquenio anterior. Es clave que la estrategia

contemple acciones diferenciadas en zonas urbanas, rurales e indígenas dispersas.

- b. Mantener y fortalecer el liderazgo supranacional del CIAS. Establecer responsabilidades claras en los sectores, gobiernos regionales y locales, definir competencias, zonas y criterios de intervención y acordar metas a fin de contribuir a la reducción de la anemia.
- c. Declarar como prioridad nacional la lucha contra la anemia materno infantil en todo el país y acordar con los gobiernos regionales y la sociedad civil las metas y las acciones estratégicas que conduzcan a reducir la anemia a 19% al 2021, teniendo en cuenta además las políticas e instrumentos nacionales y regionales así como los Acuerdos de Gobernabilidad concertados con la sociedad civil.
- d. Implementar la plataforma multiactor en todo el país con el objetivo de trabajar de forma articulada y sinérgica con participación de la sociedad civil, empresas privadas, sociedades científicas, así como colegios profesionales, la academia, y la cooperación internacional.
- e. Dar prioridad de atención a las poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad, en especial en las áreas rurales, poblaciones indígenas dispersas y, en particular a Lima Metropolitana y los departamentos con mayor población de niños y niñas afectados por la anemia.
- f. Garantizar el presupuesto para el financiamiento de la estrategia multisectorial y multiactor, y el incremento necesario para el cierre de brechas en el nivel operativo, que permita cumplir con las metas propuestas. Sumar este a incentivos monetarios y no monetarios como el Fondo de Estímulo al Desempeño, Plan de Incentivos Municipales y Sello Municipal.

**2. Al Ministerio de Agricultura, al Ministerio de la Producción, al Ministerio de Salud y al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social:** promover la disponibilidad de alimentos ricos en hierro con actividades agropecuarias, pesquería y de fortificación de alimentos; y mejorar las prácticas de alimentación infantil y de la gestante.

**3. Al Ministerio de Economía y Finanzas, al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y al Ministerio de Salud:** establecer mecanismos claros de seguimiento de los avances y cumplimiento de compromisos, de manera sistemática y pública, como insertar el tema como punto de agenda permanente de los GOREs Ejecutivo, de los Comités Intergubernamentales sectoriales y otros.

**4. Al Ministerio de Salud y al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social:**

- a. Priorizar en las intervenciones la gestación y el primer año de vida, fortalecer en esta etapa el cuidado integral madre-niño, y el seguimiento a través de las atenciones prenatales y el CRED para el óptimo crecimiento y desarrollo infantil. Asimismo, fomentar el consumo de alimentos ricos en hierro y el consumo de los

suplementos de hierro y micronutrientes como refuerzo a la alimentación, así como el corte oportuno del cordón umbilical y la lactancia materna exclusiva.

- b. Garantizar la oferta de suplemento de hierro y de los micronutrientes para su cobertura universal. No es suficiente la compra oportuna sino también se requiere su distribución oportuna a los EESS y promover su consumo mediante la consejería.
- c. Implementar una campaña comunicacional y una movilización nacional que comprometa la participación de los tres niveles de gobierno, la sociedad civil, ONGs y cooperación, sector privado y medios de comunicación, y que enfatice qué es la anemia, las consecuencias y las intervenciones efectivas.
- d. Identificar vacíos de investigación y programar su ejecución con centros de investigación, academia, y ONGs.
- e. Fortalecer los sistemas de información y seguimiento de la prestación de servicios e indicadores sociales.

#### **5. Al Ministerio de Salud:**

- a. Aprobar y difundir el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia 2016-2021, alineándolo a las políticas e instrumentos nacionales e internacionales, así como a la “Estrategia Nacional para la Reducción de la Anemia 2016-2021.
- b. Establecer con carácter de urgencia un grupo de expertos ad hoc para revisar la evidencia científica de la intervención efectiva de suplementación y fortificación casera con micronutrientes en gestantes y niños menores de tres años, para la prevención y el tratamiento de la anemia. Que considere no sólo su eficacia y efectividad en la reducción de la anemia, sino las condiciones que deben darse en el proceso para lograr su efectividad, como disponibilidad y calidad del suministro, consejería con pertinencia cultural y visitas domiciliarias.
- c. Garantizar la prioridad en la asignación presupuestal del PAN así como la calidad en la programación y ejecución presupuestal, fortaleciendo la asistencia técnica y el monitorio, así como un mayor presupuesto para las actividades de consejería en los EESS, Municipios, Comunidades, Familias, y en las actividades extramurales y visitas domiciliarias.

#### **PARA LOS NIVELES REGIONALES Y LOCALES:**

1. Declarar como prioridad la lucha contra la anemia materno infantil y establecer un Plan Regional para la reducción de la anemia y desnutrición crónica, alineado a la estrategia nacional y al plan nacional, con metas concertadas a nivel regional, provincial y distrital. A su vez, promover la articulación de los programas sociales y la concurrencia de las intervenciones en el espacio local.
2. Colocar el liderazgo del plan al más alto nivel político de la región y de los gobiernos locales, Gobernadores y alcaldes. Y la conducción técnica bajo el liderazgo de las Gerencias de Desarrollo Social para las acciones de articulación, implementación, seguimiento y evaluación de los avances.



3. Asegurar el presupuesto para el cumplimiento del plan y las intervenciones efectivas. Es relevante garantizar no sólo el recurso humano sino los insumos críticos, a través del análisis de las específicas de gastos, como: material para el dosaje de hemoglobina, suplementos de hierro y micronutrientes para gestantes y niños, material de comunicación y educativo, consejería y visitas domiciliarias, entre otros.
4. Impulsar un amplio proceso de fortalecimiento de capacidades, buscando la calidad y pertinencia, y enfatizando las intervenciones efectivas claves. Sería recomendable la conformación de un núcleo de capacitadores regionales que apoyen el proceso a nivel local.
5. Impulsar una amplia movilización regional y local para la lucha contra la desnutrición crónica y anemia, incluyendo los medios de comunicación, universidades y sector privado. Utilizar los canales masivos para difundir mensaje claves en alianza con la empresa privada para su sostenibilidad.
6. Movilizar recursos complementarios a los recursos de los sectores sociales, que apunten al cierre de brechas de financiamiento, a través de PIP, PpR PAN municipal, y otros.
7. Comprometer la participación de las organizaciones sociales de base y redes comunitarias a nivel local, más cerca de las familias, como Coordinadoras de Vaso de Leche, Comedores Populares y agentes comunitarios. Estos espacios y/o actores pueden apoyar la difusión de mensajes claves y el seguimiento a las familias, para el cumplimiento de la suplementación y la mejora de la alimentación de los niños.
8. Promover y ampliar la participación de la sociedad civil en los procesos de seguimiento y rendición de cuentas en cuanto al avance en las actividades y metas planteadas y en el marco de los compromisos de los Acuerdos de Gobernabilidad.

**Aprobado en sesión del Comité Ejecutivo Nacional de la MCLCP**

**Martes 29 de noviembre del 2016.**

**Reporte elaborado por el Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud -Sub Grupo "Anemia No"-MCLCP**

<p><b>Estado:</b> Ministerio de Salud (MINS), Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), CENSI-INS, e INEN. <b>Sociedad Civil:</b> World Vision Perú, MSH-Perú, CARE Perú, Instituto de Investigación Nutricional (IIN), Colegio Médico del Perú, Nutriedúcate Perú, Voces Ciudadanas, Sociedad Peruana de Pediatría, PRISMA, Fundación Acción contra el Hambre (ACH), y TIPACOM-MCLCP Lima Metropolitana. <b>Cooperación:</b> UNICEF y UNFPA. <b>Invitados:</b> Equipo Técnico de la Iniciativa contra la Desnutrición Crónica Infantil-IDI y Colectivo Neonatal. <b>Facilitadores:</b> MCLCP y UNICEF.</p>
--

## Anexo N° 1.

**CUADRO N° 04: PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD  
CON ANEMIA,  
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2011-2016 I Semestre**

Característica seleccionada	2011	2012	2013	2014	2015	2016 -1	Diferencias		Test de diferencias de medias	
	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	Valor estimado	2016-I/ 2011	2016-I/ 2015	2016-I/ 2011	2016-I/ 2015
	<b>Total</b>	<b>41.6</b>	<b>44.5</b>	<b>46.4</b>	<b>46.8</b>	<b>43.5</b>	<b>43.5</b>	<b>1.9</b>	<b>0.0</b>	
<b>Área de residencia</b>										
Urbana	37.5	39.9	43.8	42.3	40.5	40.2	2.7	-0.3		
Rural	49.6	53.0	51.7	57.5	51.1	52.3	2.7	1.2		
<b>Dominio de residencia</b>										
<b>Costa</b>	<b>32.4</b>	<b>36.9</b>	<b>40.7</b>	<b>38.2</b>	<b>36.9</b>	<b>37.5</b>	<b>5.1</b>	<b>0.6</b>	<b>**</b>	
Lima Metropolitana	26.2	32.9	39.0	35.9	35.3	36.5	10.3	1.2	***	
Resto Costa	39.3	41.1	42.2	40.4	38.5	38.6	-0.7	0.1		
<b>Sierra</b>	<b>51.7</b>	<b>51.8</b>	<b>52.8</b>	<b>55.9</b>	<b>53.2</b>	<b>51.8</b>	<b>0.1</b>	<b>-1.4</b>		
Sierra urbana	49.5	48.7	49.7	52.2	52.8	48.7	-0.8	-4.1		
Sierra rural	53.3	53.7	54.8	58.9	53.6	54.6	1.3	1.0		
<b>Selva</b>	<b>47.2</b>	<b>50.6</b>	<b>51.8</b>	<b>56.9</b>	<b>47.9</b>	<b>48.8</b>	<b>1.6</b>	<b>0.9</b>		
Selva urbana	49.8	50.0	52.7	53.9	45.8	45.4	-4.4	-0.4		
Selva rural	45.2	51.2	50.9	59.8	50.2	52.7	7.5	2.5	*	
<b>Educación de la madre 1/</b>										
Sin nivel / Primaria	48.4	53.0	51.7	55.8	48.4	50.6	2.2	2.2		
Secundaria	43.0	45.4	49.5	49.7	47.2	47.7	4.7	0.5	**	
Superior	30.2	31.7	35.0	33.7	33.8	31.3	1.1	-2.5		
<b>Quintil de bienestar</b>										
Quintil inferior	50.0	52.8	53.2	57.8	52.0	54.9	4.9	2.9	*	
Segundo quintil	47.8	50.3	52.6	54.2	50.6	50.8	3.0	0.2		
Quintil intermedio	42.0	47.2	47.7	45.5	42.4	43.5	1.5	1.1		
Cuarto quintil	34.3	35.3	35.3	38.0	38.1	32.3	-2.0	-5.8	**	
Quintil superior	23.6	25.4	31.5	26.4	27.6	27.9	4.3	0.3		
<b>Ámbito JUNTOS</b>	<b>51.4</b>	<b>53.5</b>	<b>54.2</b>	<b>56.6</b>	<b>50.5</b>	<b>51.5</b>	<b>0.1</b>	<b>1.0</b>		

Nota: El ámbito JUNTOS, comprende los distritos que cayeron en la muestra en el año correspondiente.

( ) Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales.

P/ Preliminar.

1/ La estimación excluye los niños cuyas madres no residen en la vivienda.

\* 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.