

A

nemia infantil en el Perú: análisis de la situación y POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SU REDUCCIÓN

JUDITH GUABLOCHE*

En el presente artículo se muestra la situación de la anemia infantil en el país, utilizando la última información disponible, y las políticas públicas implementadas para alcanzar su reducción. Para ello se analiza el plan multisectorial de 2018, los recursos públicos asignados para esta tarea, y se revisa el último plan (2020) que enfrenta la situación de la anemia infantil durante la actual emergencia sanitaria.



* Jefe, Departamento de Políticas Sociales y Regionales
judith.guabloche@bcrp.gob.pe

I. INTRODUCCIÓN

La anemia genera una deficiencia de glóbulos rojos en la sangre que evita que la cantidad adecuada de oxígeno llegue a los tejidos y órganos del cuerpo. La persistencia de esta condición en edad temprana tiene consecuencias graves para la salud y el desarrollo cognitivo del infante, lo que afectará su rendimiento escolar y, en la vida adulta, su capacidad productiva. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el nivel de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad (anemia infantil, en adelante) registrado en el Perú es un problema severo de salud pública¹, con 40,0 por ciento de niños afectados en 2020. Ante el lento avance en la erradicación de esta condición, el Estado peruano decidió enfrentar el problema con una serie de políticas públicas y se trazó como meta nacional reducir la anemia infantil a 19 por ciento para el Bicentenario (2021). Sin embargo, en marzo de 2020 se confirmó la presencia del COVID-19 en el país y las acciones para el tratamiento y prevención de la anemia infantil se vieron seriamente afectadas.

II. EVOLUCIÓN DE LA ANEMIA INFANTIL

La mayor reducción de la anemia infantil se dio entre 2000 y 2011, disminuyendo de 60,9 a 41,6 por ciento, para luego elevarse hasta 46,8 por ciento en 2014. El nivel estuvo estancado alrededor de 44 por ciento desde 2015 y, luego, en 2019, se redujo 3,4 puntos porcentuales hasta alcanzar al 40,1 por ciento de los niños de 6 a 35 meses de edad. En 2020, la incidencia se mantuvo en 40 por ciento. (ver Gráfico 1).

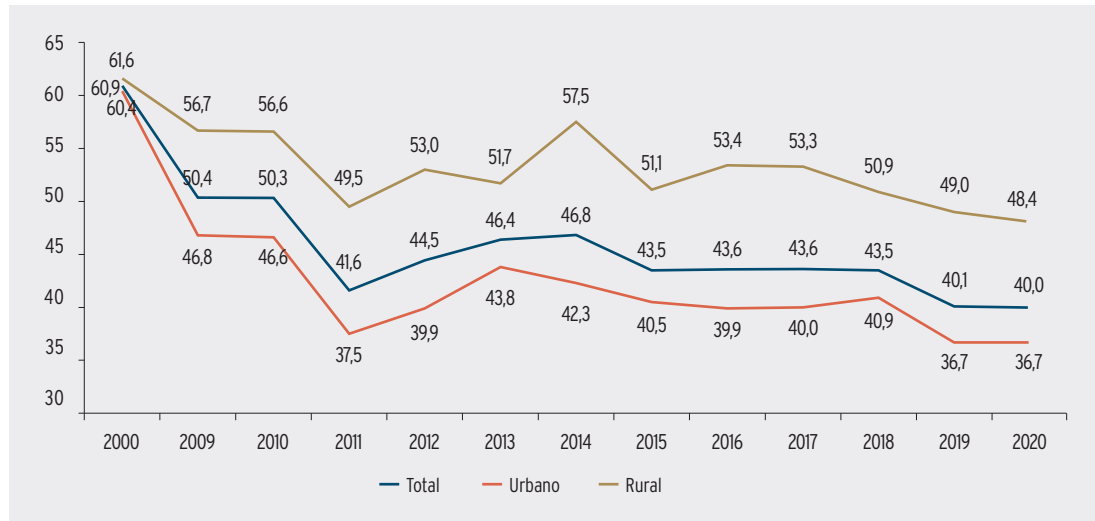
Al contrastar las trayectorias de las áreas urbana y rural, se observa que en el año 2000 el nivel de anemia infantil era prácticamente igual en ambas (mayor al 60 por ciento). Sin embargo, desde entonces, entre 2000 y 2020, en el ámbito urbano esta ha descendido con mayor velocidad (23,7 puntos porcentuales) que en las zonas rurales (13,2 puntos porcentuales). Así, en 2020, la brecha urbano-rural en niveles fue de 10,5 puntos porcentuales.

III. PLANES GUBERNAMENTALES PARA REDUCIR LA ANEMIA INFANTIL

La situación de la nutrición infantil ha sido una preocupación constante del Estado peruano. Ello se ha visto reflejado en el impulso de varios programas nutricionales desde la década de los años 90; en la firma de acuerdos y compromisos para una mejor alimentación y nutrición, como el Acuerdo Nacional (2002) y el Desarrollo Infantil Temprano (firmado en 2013 y ratificado en 2015); en la fortificación con hierro de productos de consumo humano (1996-2018); en el establecimiento de estrategias en favor de la infancia –por ejemplo CRECER (2006-2011)-; en la asignación de mayores recursos presupuestales y en el establecimiento de programas presupuestales especiales; entre otros.

Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA) aprobó una serie de normas técnicas y directivas sanitarias para mejorar el estado nutricional de los niños y prevenir y controlar la incidencia de la anemia en niños, adolescentes y gestantes² (ver Gráfico 2³). Más aún, en 2017, los sectores

GRÁFICO 1 ■ Perú: Prevalencia de anemia infantil* en el Perú, 2000 – 2019 (en porcentaje)



* EN NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 A 35 MESES DE EDAD.

FUENTE: INEI.

ELABORACIÓN: BCRP, DPTO. DE POLÍTICAS SOCIALES Y REGIONALES.

¹ La Organización Mundial de la Salud (2011) clasifica el nivel de anemia según sea severa (40 por ciento o superior), moderada (20 a 39,9 por ciento), leve (5 a 19,9 por ciento) y normal (4,9 por ciento o inferior).

² La prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años de edad fue de 21,1 por ciento en 2019 (INEI, 2020).

de salud⁴ y desarrollo e inclusión social⁵, casi en simultáneo, aprobaron planes de reducción de la anemia infantil (aún vigentes). Sin embargo, los reiterados esfuerzos del Estado no se tradujeron en avances significativos en su reducción.

Ante su elevada incidencia, el gobierno declaró como prioridad nacional la lucha contra este problema de salud y en julio de 2018, a través del D.S. N.º 068-2018-PCM, promulgó el “Plan Multi-sectorial de Lucha contra la Anemia” (en adelante Plan PCM), con la participación de aproximadamente 15 ministerios. Este plan propuso reducir la anemia infantil a 19 por ciento para el Bicentenario.

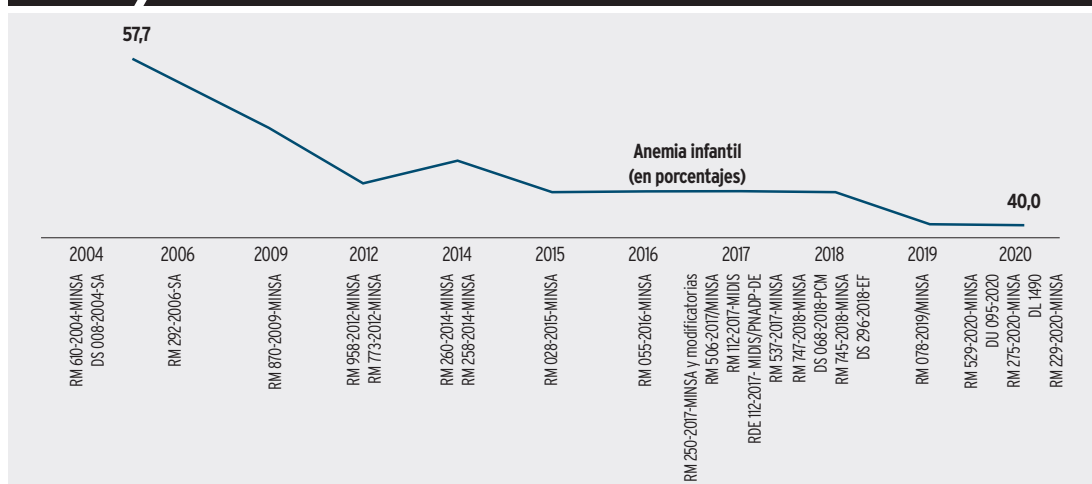
En plena implementación del Plan PCM, el país, desde mediados de marzo de 2020, enfrenta una crisis sanitaria producto de la pandemia por el COVID-19 que ha afectado la continuidad de las acciones destinadas a profundizar la reducción de

la anemia infantil. En este contexto, el 27 de julio de 2020, el MINSA publicó el Plan de Recuperación de Brechas en Inmunizaciones y Anemia en tiempos de COVID-19 en el Perú⁶ (en adelante Plan MINS/COVID-19). Con la aplicación de este último plan se espera reforzar y mejorar las acciones de 2020 y alcanzar en 2021 la meta de 19 por ciento. Ambos planes son analizados a continuación⁷.

a) Plan PCM

El objetivo de este plan es “prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños con énfasis en menores de 36 meses de edad, gestantes y adolescentes a nivel nacional, a través de la articulación intersectorial e intergubernamental de intervenciones efectivas...” (Plan PCM, pág. 45). Para ello se señalan los ámbitos de intervención, los actores involucrados (gobierno nacional,

GRÁFICO 2 ■ Marco normativo relativo a la prevención y reducción de la anemia infantil en el Perú



FUENTE: MINSA (2017, 2018, 2019 Y 2020), MIDIS (2017), DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2017), PCM (2018) Y MCLC (2019). ELABORACIÓN: BCRP, DPTO. DE POLÍTICAS SOCIALES Y REGIONALES.

NOTA:

- 2004** R.M. N.º 610-2004-MINSA: LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN INFANTIL.
D.S. N.º 008-2004-SA: FORTIFICACIÓN OBLIGATORIA CON HIERRO DE LA HARINA DE TRIGO.
- 2006** R.M. N.º 292-2006-SA: ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.
- 2009** R.M. N.º 870-2009-MINSA: CONSERJERÍA NUTRICIONAL EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNO INFANTIL.
- 2012** R.M. N.º 958-2012-MINSA: SESIONES DEMOSTRATIVAS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS.
R.M. N.º 773-2012-MINSA: PROMUEVE EL LAVADO DE MANOS.
- 2014** R.M. N.º 260-2014-MINSA: GUÍA TÉCNICA PARA GRUPOS DE APOYO COMUNAL EN LACTANCIA MATERNA.
R.M. N.º 258-2014-MINSA: PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA 2014-2016.
- 2015** R.M. N.º 028-2015/MINSA: GUÍA TÉCNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.
- 2016** R.M. N.º 055-2016-MINSA: PREVENCIÓN DE LA ANEMIA CON SUPLEMENTACIÓN DE MICRONUTRIENTES Y HIERRO EN MENORES DE 36 MESES.
- 2017** R.M. N.º 250-2017/MINSA: LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN, REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS HASTA LOS 35 MESES DE EDAD DE LOS USUARIOS DE CUNA MÁS.
R.M. N.º 506-2017-MINSA Y MODIFICATORIAS: NORMA TÉCNICA 134. MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y MUJERES GESTANTES.
R.M. N.º 112-2017-MIDIS: PLAN SECTORIAL DE REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN Y LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES 2017-2021.
R.OE 112-2017-MIDIS/PNADP-DE: PLAN PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN 53 DISTRITOS FOCALIZADOS DEL PROGRAMA JUNTOS 2017-2019.
R.M. N.º 537-2017-MINSA: APRUEBA LA NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE CINCO AÑOS.
R.M. N.º 747-2018-MINSA: PAUTAS PARA LA REDUCCIÓN, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ANEMIA INFANTIL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.
- 2018** **D.S. N.º 068-2018-PCM: PLAN MULTISECTORIAL DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA.**
R.M. N.º 745-2018-MINSA: FORTIFICACIÓN DEL ARROZ.
D.S. N.º 296-2018-EF: APRUEBAN LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y LA ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL PROGRAMA DE INCENTIVOS A LA MEJORA DE LA GESTIÓN MUNICIPAL DEL AÑO 2019.
- 2019** R.M. N.º 078-2019/MINSA: LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS POR ACTORES SOCIALES PARA LA PREVENCIÓN, REDUCCIÓN DE LA ANEMIA Y DCI.
- 2020** **R.M. N.º 529-2020-MINSA: PLAN DE RECUPERACIÓN DE BRECHAS EN INMUNIZACIONES Y ANEMIA EN TIEMPOS DE COVID-19.**
R.M. N.º 275-2020-MINSA: APRUEBA DIRECTIVA SANITARIA N.º 099-MINSA/2020/DGIESP QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES PARA GARANTIZAR LAS PRESTACIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA EN EL CONTEXTO DEL COVID-19.
DL 1490: DICTAN DISPOSICIONES DESTINADAS A FORTALECER LOS ALCANCES DE LA TELESALUD.
R.M. N.º 229-2020-MINSA: MODIFICAN LA NOR.M. N.º A TÉCNICA DE SALUD 134-MINSA-DGIESP PARA EL MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS APROBADA POR R.M. N.º 250-2017-MINSA.

³ En este gráfico se muestra, desde el año 2004, el marco normativo sobre la prevención y reducción principalmente de la anemia infantil en el país.
⁴ Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú, 2017-2021 (R.M. N.º 249-2017-MINSA, en abril de 2017).
⁵ Plan sectorial de reducción de la desnutrición y la anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021 (R.M. N.º 112-2017-MIDIS, en junio de 2017).
⁶ R.M. N.º 529-2020-MINSA.
⁷ Del plan PCM se analizarán las propuestas de intervención para la población menor de 36 meses de edad y del Plan MINS/COVID-19, lo que respecta al tema de anemia.

regional y local) y los aliados estratégicos (comunidades, cooperación internacional, medios de comunicación y sector privado). Tres aspectos importantes contenidos en el Plan PCM merecen destacarse: las intervenciones clave para la reducción de la anemia infantil, el análisis y seguimiento de los determinantes de la misma⁸ y las metas regionales de reducción de la anemia trazadas hasta 2021⁹. Asimismo, se analizará el presupuesto asignado para la prevención y reducción de la anemia infantil.

- **Intervenciones claves para reducir la anemia infantil del Plan PCM**

Las principales intervenciones relativas a la infancia¹⁰ y con probada evidencia nacional e internacional son:

- **Visita domiciliaria para el seguimiento del consumo de suplemento de hierro.** La política de reducción de la anemia infantil se sustenta principalmente en promover la asistencia de los niños a los centros de salud, para que se realice el tamizaje de anemia y la provisión de suplementos de hierro. Sin embargo, ante la situación de que sólo algo más de tres de cada 10 niños de 6 a 36 meses de edad consumió suplemento de hierro en 2019, el Plan PCM consideró que la suplementación en el establecimiento de salud no era suficiente para garantizar la adherencia al tratamiento, por lo que planteó la visita del personal de salud a los hogares para asegurar su consumo sostenido.
- **Corte tardío del cordón umbilical y la promoción de la práctica de la lactancia materna desde el momento del nacimiento.** Estas dos intervenciones deberán ser aplicadas en los establecimientos de salud. La atención temprana a la madre gestante permitirá brindar información de la práctica de corte tardío del cordón umbilical (luego de 2 a 3 minutos) como medida efectiva para la prevención de anemia en los recién nacidos (OMS¹¹). La lactancia materna (en especial, la exclusiva hasta los seis meses de edad) es otra intervención importante para prevenir enfermedades infecciosas

en los niños, así como para contribuir al vínculo de apego madre-hijo.

- **Construcción del Padrón Nominal georreferenciado y sectorizado.**

Este instrumento permitirá hacer el seguimiento adecuado a los niños afectados con anemia, pues tendrá su dirección, el establecimiento de salud donde se atiende (que se actualizará con cada atención) y su número de DNI.

- **Fortificación y alimentos ricos en hierro.**

Cuando la magnitud de la prevalencia de anemia es calificada como un problema de salud pública severo, la OMS recomienda la suplementación de hierro de manera universal¹². En el país se han ensayado medidas para la fortificación de alimentos con hierro para su consumo masivo. La última de ellas es la elaboración de la fórmula del arroz fortificado con 10 micronutrientes realizada por el Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) (2018). Se espera que esta medida tenga mejores resultados que las anteriores. Un aspecto importante es que a través de una resolución del MINSA (R.M. N.º 745-2018-MINSA de agosto de 2018) se permite a las entidades estatales comprar arroz fortificado (el programa Qali Warma lo incorporó en los desayunos y almuerzos escolares).

- **Determinantes de la anemia infantil**

Dado el carácter multicausal de la anemia, el Plan PCM busca identificar los principales determinantes de esta enfermedad. Entre ellos se menciona la alta prevalencia de las enfermedades, infecciones respiratorias (IRA) y diarreas (EDA), la baja cobertura de las vacunas contra el neumococo y el rotavirus¹³, la falta de acceso a los controles del crecimiento y desarrollo del niño (CRED), la baja adherencia al tratamiento con suplementos de hierro, la disminución de la lactancia materna, el limitado acceso a alimentos ricos en hierro, entre otros.

Algunos de dichos determinantes son monitoreados a través de indicadores de resultados de los programas presupuesta-

⁸ El Plan PCM considera que el conocimiento de los determinantes de la anemia "es una condición necesaria para la comprensión del problema y la identificación de políticas públicas basadas en intervenciones efectivas que permitan abordar de una manera eficiente su reducción en el Perú" (PCM, 2018: 38).

⁹ Estas metas fueron asumidas como compromiso político por los gobiernos regionales en el marco del Pacto Nacional para la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil (firmado en el GORE Ejecutivo de febrero de 2017).

¹⁰ Algunas de las intervenciones clave del Plan PCM están dirigidas también a las mujeres en edad fértil y madres gestantes.

¹¹ https://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/es/

¹² El Consenso de Copenhague (2008) consideró esta estrategia como una de las políticas más costo-efectivas en la intervención de salud pública de los países. (https://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/bpp_fortification.pdf)

¹³ El rotavirus y neumococo son bacterias causantes de diarreas y neumonía, respectivamente, que afectan la salud infantil.

les, en particular, el Programa Articulado Nutricional (PAN¹⁴). El Cuadro 1 reporta la evolución de estos indicadores entre los años 2009 y 2019.

Entre los indicadores que muestran avances significativos durante el periodo 2009-2019 destaca el acceso de la población infantil a las vacunas contra el neumococo y rotavirus, con aumentos mayores a 48 puntos porcentuales, los controles de crecimiento y desarrollo completos (34,4 puntos) y al suplemento de hierro (21,7 puntos). En el periodo 2018-2019, lo más destacable es el crecimiento del suplemento de hierro y de la vacuna contra el neumococo.

- **Metas regionales de reducción de la anemia infantil**

Las metas regionales y la meta nacional contempladas en el Plan PCM se muestran en el Cuadro 2. Estas son anuales y abarcan hasta 2021, fijando el 2017 como base. Asimismo, con el objetivo de conocer el cumplimiento de estas metas, se incluyen también los resultados de la incidencia de la anemia infantil publicados en las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar del INEI (ENDES), entre 2017 y 2019.

Entre 2018 y 2019, las regiones que mostraron reducciones importantes en la anemia infantil, pero aún con niveles altos, fueron Pasco (-8,5 puntos) y Amazonas (-8,1 puntos); mientras que Puno, la región con la más alta tasa de anemia infantil, no logró mantener la reducción mostrada en el periodo 2017 y 2018.

La brecha promedio nacional entre los resultados de la ENDES 2019 respecto a la meta promedio de 2019 fue relativamente pequeña (1,1 puntos porcentuales). No

obstante, hay regiones como Piura, Cusco y Puno que registraron brechas mayores a 20 puntos, con relación a sus metas particulares. Adicionalmente, al verse deterioradas las acciones de prevención y tratamiento en 2020, alcanzar la meta de incidencia de anemia infantil de 19 por ciento para 2021 mostrará muchas dificultades (tampoco se logró cumplir la meta de 30 por ciento para el 2020). Además, aún sin la presencia del COVID-19, después de varios años con niveles de anemia mayor al 30 por ciento, proponer tal meta para el Bicentenario resulta ambicioso, sin una institucionalidad fuerte y una gestión eficiente que la respalde.

- **Presupuesto para la reducción y prevención de la anemia infantil**

Como se señaló, el Estado peruano se ha propuesto reducir este problema de salud, por lo que ha asignado mayor presupuesto a través del PAN del Presupuesto por Resultados. Entre 2012 y 2019, el gasto real (ejecutado) del PAN se incrementó de S/ 1 754,2 millones a S/ 1 987 millones, respectivamente (13,3 por ciento de crecimiento real en este periodo). En 2020, año de la pandemia, el gasto en este programa se redujo en 7,9 por ciento, en términos reales.

Una de las intervenciones claves financiadas por el PAN es el proyecto “Niños con suplemento de hierro y vitamina A”. Este gasto creció fuertemente en el periodo 2012-2019, de S/ 33 millones a S/ 167,1 millones (316,4 por ciento en términos reales), consistente con la mayor cobertura de niños con suplemento de hierro y vitamina A (de 19,6 por ciento en 2012 a 34,5 por ciento en 2019). Sin embargo, en 2020, este gasto se redujo en 4,5 por ciento en relación con 2019.

CUADRO 1 ■ Programa articulado nutricional: principales indicadores (En porcentajes)

| | 2009 | 2017 | 2018 | 2019 | Variación porcentual 1/ | |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | | | | | 2009-2019 | 2018-2019 |
| IRA | 17,2 | 15,0 | 15,3 | 15,3 | -1,9 | 0,0 |
| EDA | 18,0 | 14,4 | 14,1 | 15,0 | -3,0 | 0,9 |
| Bajo peso al nacer (<2,5 Kg) | 7,1 | 7,3 | 7,3 | 6,5 | -0,6 | -0,8 |
| Vacuna contra el neumococo | 29,0 | 86,2 | 85,2 | 87,5 | 58,5 | 2,3 |
| Vacuna contra el rotavirus | 36,5 | 84,7 | 84,0 | 84,8 | 48,3 | 0,8 |
| CRED | 27,7 | 60,1 | 61,0 | 62,1 | 34,4 | 1,1 |
| Suplemento de hierro | 12,8 | 30,7 | 31,3 | 34,5 | 21,7 | 3,2 |
| Lactancia materna | 68,5 | 64,2 | 66,4 | 65,7 | -2,8 | -0,7 |
| Anemia infantil | 50,4 | 43,6 | 43,5 | 40,1 | -6,9 | -3,4 |

1/ EN PUNTOS PORCENTUALES.

FUENTE: INEI.

ELABORACIÓN: BCRP, DPTO. POLÍTICAS SOCIALES Y REGIONALES.

¹⁴ Este busca reducir la desnutrición infantil y tiene como uno de sus resultados intermedios la mejora de la alimentación y nutrición.

CUADRO 2 ■ Niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia, metas regionales 2017–2021 y resultados ENDES 2017–2019

| | Metas regionales 2017-2021 (en porcentajes) | | | | | Resultados ENDES* (en porcentajes) | | | Variación 2019-2018 | Brecha (ENDES 2019- Meta 2019) |
|------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------|------------------------|--------------------------------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | (en porcentajes) | |
| Perú | 43,6 | 42,0 | 39,0 | 30,0 | 19,0 | 43,6 | 43,5 | 40,1 | -3,4 | 1,1 |
| Cajamarca | 27,3 | 24,3 | 21,3 | 18,3 | 15,3 | 37,6 | 31,9 | 28,7 | -3,2 | 7,4 |
| Tacna | 31,2 | 27,3 | 23,4 | 19,5 | 17,3 | 37,0 | 31,9 | 32,7 | 0,8 | 9,3 |
| La Libertad | 33,0 | 27,5 | 23,5 | 20,0 | 16,0 | 41,8 | 37,9 | 34,2 | -3,7 | 10,7 |
| Piura | 31,3 | 27,4 | 23,5 | 19,7 | 15,7 | 42,3 | 44,2 | 43,8 | -0,4 | 20,3 |
| Ica | 35,7 | 31,3 | 26,9 | 22,4 | 17,9 | 40,5 | 43,1 | 37,5 | -5,6 | 10,6 |
| P. C. del Callao | 38,1 | 33,4 | 28,6 | 23,9 | 19,1 | 32,4 | 37,0 | 35,3 | -1,7 | 6,7 |
| Moquegua | 36,0 | 33,0 | 29,0 | 24,0 | 19,0 | 37,2 | 33,9 | 33,2 | -0,7 | 4,2 |
| Áncash | 36,6 | 32,8 | 29,0 | 25,1 | 21,2 | 42,8 | 45,7 | 40,2 | -5,5 | 11,2 |
| Arequipa | 38,7 | 33,9 | 29,1 | 24,3 | 19,4 | 34,2 | 38,4 | 33,9 | -4,5 | 4,8 |
| Amazonas | 38,8 | 34,0 | 29,2 | 24,3 | 19,4 | 51,2 | 44,5 | 36,4 | -8,1 | 7,2 |
| Cusco | 49,1 | 41,6 | 31,1 | 26,6 | 19,1 | 55,3 | 54,2 | 57,4 | 3,2 | 26,3 |
| Lambayeque | 36,3 | 34,3 | 31,3 | 24,8 | 19,8 | 37,6 | 41,0 | 39,0 | -2,0 | 7,7 |
| San Martín | 42,0 | 36,8 | 31,6 | 26,4 | 21,0 | 50,7 | 50,1 | 44,3 | -5,8 | 12,7 |
| Tumbes | 42,4 | 37,2 | 31,9 | 26,6 | 21,3 | 46,8 | 47,2 | 44,4 | -2,8 | 12,5 |
| Ayacucho | 46,0 | 39,2 | 32,5 | 25,8 | 19,0 | 48,3 | 49,3 | 45,0 | -4,3 | 12,5 |
| Huánuco | 42,5 | 37,9 | 33,2 | 28,4 | 23,5 | 44,7 | 43,8 | 39,1 | -4,7 | 5,9 |
| Apurímac | 46,5 | 40,7 | 35,0 | 29,2 | 23,3 | 54,2 | 53,2 | 47,9 | -5,3 | 12,9 |
| Ucayali | 50,3 | 41,4 | 35,6 | 29,7 | 23,7 | 59,1 | 56,4 | 53,7 | -2,7 | 18,1 |
| Huancavelica | 50,3 | 42,4 | 36,0 | 30,6 | 23,3 | 54,7 | 55,8 | 54,2 | -1,6 | 18,2 |
| Madre de Dios | 50,6 | 45,6 | 38,4 | 28,4 | 20,0 | 57,3 | 54,8 | 51,4 | -3,4 | 13,0 |
| Pasco | 52,7 | 46,1 | 39,6 | 33,1 | 26,4 | 58,0 | 58,7 | 50,2 | -8,5 | 10,6 |
| Loreto | 52,8 | 46,2 | 39,7 | 33,1 | 26,5 | 61,5 | 57,4 | 53,0 | -4,4 | 13,3 |
| Junín | 50,8 | 46,6 | 42,4 | 38,2 | 33,9 | 53,3 | 57,0 | 52,6 | -4,4 | 10,2 |
| Puno | 66,0 | 57,8 | 49,6 | 41,4 | 29,0 | 75,9 | 67,7 | 69,9 | 2,2 | 20,3 |

* RESULTADOS ORDENADOS DE MENOR A MAYOR DE ACUERDO A ENDES 2019.

FUENTE: MIDIS, PLAN MULTISECTORIAL DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA, 2018 E INEI, ENDES 2018, 2019 Y 2020.

ELABORACIÓN: BCRP, DPTO. POLÍTICAS SOCIALES Y REGIONALES.

El Gráfico 3 muestra que, entre 2014 y 2019, los departamentos donde el gasto en suplementación de hierro se incrementó más habrían logrado mayores reducciones en la incidencia de anemia infantil. La mayor de estas se registró en Amazonas (-23,1 puntos porcentuales), departamento donde el incremento del gasto en suplementos fue mayor (6,0 puntos porcentuales). Estos datos coinciden con el postulado del Plan PCM de que la suplementación con hierro es efectiva para combatir la anemia infantil¹⁵.

b) Plan MINSA/COVID-19¹⁶

En el contexto del COVID-19, se desatendieron procesos clave en prevención y control

de la anemia. Ello se debió a las limitaciones propias de la cuarentena, al temor de las madres de asistir a centros de salud (por posible contagio del virus), a la falta de personal de salud y a la prácticamente desaparición de la atención del primer nivel de salud. Para reducir el riesgo del incremento de la anemia¹⁷, el MINSA promulgó este plan, cuya duración fue de tres meses¹⁸. El plan MINSA/COVID 19 plantea los siguientes objetivos específicos:

- Identificar a los niños y niñas que requieran suplementación con hierro.
- Analizar el cumplimiento de las actividades.

A la fecha de la promulgación de este plan, el MINSA había detectado 218 972 niños menores

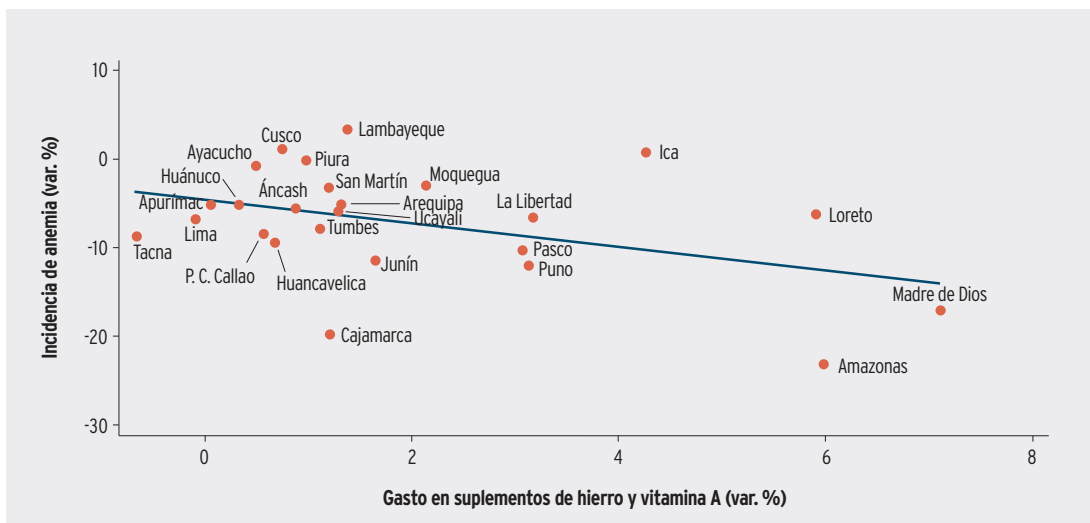
¹⁵ Es factible que el Estado peruano afronte los costos de la anemia infantil y, en conjunción con otras políticas, logre reducciones significativas en la incidencia de la anemia en niños. Considerando el esquema de suplementación de hierro de la normatividad vigente, se realizó un ejercicio, utilizando información de 2019, para calcular el costo en que incurriría el Estado en el tratamiento y prevención de la anemia en los niños entre 3 y 35 meses de edad. La prevención, para los niños sin anemia de 4 y 5 meses de edad y de 6 a 35 meses de edad (aproximadamente 1 millón 434 mil de niños), le costaría al Estado un total de S/ 93,1 millones. Asimismo, el tratamiento para los niños de 6 a 35 meses de edad con anemia tendría un costo S/ 26,9 millones (aproximadamente 558 mil niños) utilizando el jarabe de sulfato ferroso. Por tanto, para prevenir y tratar la anemia a aproximadamente dos millones de niños entre 4 y 35 meses de edad, el costo total en 2019 bordearía los S/ 120 millones. Esfuerzo viable considerando que el adecuado acceso a la suplementación de hierro es un objetivo de los planes para la prevención y reducción de la anemia en el país.

¹⁶ Este plan abarca también las acciones de vacunación infantil, pero en este artículo solo se hará referencia al tema de la anemia.

¹⁷ Esto podría ocasionar un retroceso con respecto a los avances observados el año pasado, cuando la anemia se redujo 3,4 puntos porcentuales (de 43,5 en 2018 a 40,1 por ciento en 2019).

¹⁸ Sin embargo, el plan no señala cuándo es su fecha de inicio y fin, pero dado que fue promulgado a finales de julio, se asume que el periodo de recuperación y cierre de brechas comprendía los meses de agosto, setiembre y octubre de 2020.

GRÁFICO 3 ■ Relación entre anemia y gasto (devengado) en suplementos de Hierro y Vitamina A, para niños entre 6 a menos de 35 meses de edad según departamentos



FUENTE: MEF-SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA (SIAF) E INEI-ENDES.

de cinco años pendientes de continuar con la suplementación con hierro.

• **Situación de la anemia infantil en la pandemia**

Según el Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) del MINSA existe una tendencia pronunciada de descenso de las coberturas en los indicadores claves de prevención y control de la anemia en el año 2020 debido a la pandemia (ver Cuadro 3 para los indicadores correspondientes al MINSA¹⁹). Se observa claramente cómo se reducen los valores de prácticamente todos los indicadores reportados entre abril y julio de 2020. Entre agosto y octubre, periodo del plan MINSA/COVID-19 (tres meses), las coberturas empezaron a mejorar, pero aún por debajo de las cifras reportadas en enero y febrero de 2020.

En el periodo de aplicación del Plan MINSA/COVID-19 (agosto-octubre 2020²⁰), algunos indicadores mostraron mejoras. El porcentaje de niños de 4 a 5 meses de edad que inicia la suplementación de hierro creció en 20,2 puntos porcentuales. El avance de esta acción de prevención es positivo porque hasta el cuarto mes de edad, el niño tiene reservas de hierro en su organismo y a partir de allí puede presentar carencias. Igualmente crece la proporción de niños entre 6 a 11 meses de edad sin anemia que recibe tratamiento oportuno (10 puntos) y el indicador de ta-

mizaje de anemia (en niños de 6 a 8 meses de edad) se está recuperando (21,1 puntos). Si la mejora continúa, se podrá retomar el control adecuado de esta población. Por último, las sesiones demostrativas de alimentos, que pueden mejorar las prácticas alimenticias de los hogares, disminuyeron significativamente en la pandemia (no se dieron por la necesidad de cumplir los protocolos sanitarios – como evitar aglomeraciones y mantener el distanciamiento social adecuado-) y aún están reducidas a su mínima expresión, aunque muestran un pequeño crecimiento (0,5 puntos).

Las visitas domiciliarias, seriamente limitadas por la coyuntura sanitaria, no recuperan aún el nivel previo a la pandemia. Para compensar esta situación, el MINSA aprobó normas para adecuar las prestaciones de salud infantil al contexto del COVID-19 fortaleciendo la telesalud (gratuita y a nivel nacional) y el monitoreo telefónico dentro de la Meta 04 del programa de la Mejora de la Gestión Municipal. No obstante, no se cuenta con información sistematizada sobre los resultados de estas acciones de control remoto de la anemia.

Las acciones de prevención y control de 2020 (periodo enero-noviembre) están todavía por debajo del año anterior, en el que, después de un periodo de estancamiento, la anemia infantil se redujo. Dada esta realidad, es necesario sincerar la meta

¹⁹ El REUNIS también reporta estos indicadores para EsSalud, sector privado y sanidad de las fuerzas armadas y policiales.

²⁰ Se muestra información hasta noviembre 2020, último mes de información disponible (revisión 27 de enero de 2021).

CUADRO 3 ■ Reporte de indicadores multisectoriales de anemia en niños menores de 12 meses, 2020

| | Niños de 4 meses de edad que inician gotas de hierro | Niños de 6 a 8 meses de edad con tamizaje de anemia | Niños entre 6 a 11 meses de edad sin anemia, suplementados | Niños entre 6 a 11 meses de edad con anemia, reciben tratamiento oportuno | Niños de 4 a 5 meses de edad con visita domiciliaria | Niños entre 6 a 11 meses de edad con anemia reciben visita domiciliaria | Madres de niños de 6 a 8 meses de edad asisten a sesión demostrativa de alimentos |
|---------------------|--|---|--|---|--|---|---|
| 2019 | 64,5 | 66,0 | 65,8 | 80,2 | 51,0 | 31,3 | 40,0 |
| 2020* | 34,4 | 43,0 | 53,9 | 86,4 | 29,4 | 20,0 | 15,3 |
| Enero | 53,2 | 68,3 | 67,7 | 85,5 | 61,8 | 35,0 | 40,8 |
| Febrero | 66,6 | 64,9 | 67,9 | 87,1 | 59,5 | 36,3 | 37,2 |
| Marzo | 53,6 | 56,7 | 62,3 | 87,3 | 58,4 | 39,8 | 32,5 |
| Abril | 14,7 | 40,9 | 52,9 | 84,6 | 48,4 | 19,7 | 25,2 |
| Mayo | 18,5 | 28,2 | 46,8 | 71,1 | 20,5 | 14,5 | 17,5 |
| Junio | 25,2 | 22,1 | 44,7 | 78,2 | 11,7 | 10,3 | 4,5 |
| Julio | 20,1 | 24,9 | 44,7 | 86,7 | 11,8 | 10,0 | 1,2 |
| Agosto | 12,8 | 32,0 | 46,4 | 87,0 | 11,2 | 8,6 | 1,3 |
| Setiembre | 21,6 | 39,6 | 50,6 | 87,0 | 7,0 | 8,0 | 1,3 |
| Octubre | 40,3 | 46,0 | 54,7 | 87,1 | 8,2 | 9,7 | 1,7 |
| Noviembre | 49,5 | 48,0 | 57,8 | 88,1 | 13,4 | 10,9 | 2,6 |
| Variación** | | | | | | | |
| 2019/2020 | -30,1 | -23,0 | -11,9 | 6,2 | -21,6 | -11,3 | -24,7 |
| Jul-oct 2020 | 20,2 | 21,1 | 10,0 | 0,4 | -3,6 | -0,3 | 0,5 |

FUENTE: MINSA, INDICADORES MULTISECTORIALES DE ANEMIA PRIORIZADOS (REVISIÓN DICIEMBRE 2020).

* ENERO-NOVIEMBRE (AÚN NO SE PUBLICAN LOS DATOS DE DICIEMBRE 2020). FECHA DE CONSULTA 18 DE ENERO DE 2021.

** EN PUNTOS PORCENTUALES.

del Bicentenario (19 por ciento) porque la misma tendrá muchas dificultades de ser alcanzada, más aún con la continuación de la pandemia. El plan ha permitido algunas mejoras, pero su vigencia finalizó en el mes de octubre de 2020 y es prioritario continuar con el cierre de brechas.

IV. REFLEXIONES FINALES

La evidencia señala que la anemia infantil es un serio problema de salud pública con consecuencias negativas en el corto y largo plazo en esta población. Por ello, la atención de la anemia es una prioridad de la política pública y así lo recogen los diversos planes promulgados para su prevención y reducción.

Bajar el nivel de anemia infantil actual (40,0 por ciento) y alcanzar la meta promedio de 19 por ciento en el Bicentenario (2021) significaría pasar de un problema de salud pública “severo” a uno “leve”. Si bien esto sería un avance, de acuerdo a las metas regionales mostradas, habría en 2021 todavía doce departamentos con nivel de anemia “moderada” (20 a 39,9 por ciento), por lo que aún quedaría trabajo por hacer. Ante estos resultados se hace imperativo políticas que mejoren la situación desde la infancia, porque los niños arriban al sistema educativo en desventaja, lo que pone en juego la formación de capital

humano competitivo que el país requiere. Por ello, muchos departamentos del Perú debieran ser declarados en emergencia nutricional. Programas de apoyo, con la participación del sector público y privado, deberían buscar reducir estos niveles de anemia.

El Estado ha destinado mayores recursos para reducir la anemia infantil con acciones de prevención y tratamiento. Algunos aspectos hacen referencia a cambios en el comportamiento de los hogares así como en el trabajo de los establecimientos de salud. Acciones como las visitas domiciliarias para el control del consumo del suplemento de hierro y el logro de la adherencia al tratamiento, la comunicación y educación nutricional adecuada a los hogares para conseguir cambios positivos en la alimentación y nutrición familiar, el desarrollo de prácticas de probada eficacia y costo-efectivas (la lactancia materna y el lavado de manos) y el compromiso de las autoridades locales en la elaboración y ejecución de planes de reducción de la anemia infantil, entre otros, son vitales en esta lucha.

Finalmente, se requiere evaluar las acciones e intervenciones planteadas en el Plan PCM para generar evidencia sólida de probada eficiencia y efectividad, para escalarlas y poder bajar los niveles de anemia infantil y recortar las brechas existentes en el país.