



MESA DE CONCERTACION PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA - MCLCP

INFORME DE SEGUIMIENTO CONCERTADO AL SERVICIO “NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A” – PPE ARTICULADO NUTRICIONAL

El siguiente Informe ha sido elaborado en el marco del Grupo de Seguimiento Concertado al PPE Articulado Nutricional, que coordina la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza y que cuenta con la participación de diversas instituciones del Estado y la Sociedad.

Para este segundo Informe del año se ha definido llevar a cabo el seguimiento a la implementación de la finalidad “Niños con Suplemento de Hierro y Vitamina A”, servicio de fundamental relevancia para asegurar la reducción de los índices de prevalencia de Desnutrición Crónica y Anemia en el país.

El Informe está estructurado en 3 acápites: en uno primero se revisará la definición del servicio y su importancia en el marco de una estrategia integral de lucha contra la Anemia y la Desnutrición Crónica. En un segundo momento se hará una evaluación de lo avanzado en el último periodo 2007-2010. Finalmente, se evaluarán los avances y las dificultades presentes en lo que va del año. El documento cierra con una serie de conclusiones y recomendaciones para la mejora de la gestión.

Este Informe ha sido elaborado con el aporte de las siguientes instituciones: A. B. Prisma, CARE, Colegio de Nutricionistas del Perú, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas-MINSA, Dirección General de Salud de las Personas-MINSA, FONDAM, Instituto de Investigación Nutricional, Ministerio de Economía y Finanzas, Plan Internacional, Políticas en Salud-USAID y Unicef.

I. DEFINICIÓN DEL SERVICIO Y SU IMPORTANCIA¹

1.1. ¿Qué es la anemia?

La anemia es la insuficiencia de hierro en el organismo y se mide a través del nivel de hemoglobina en la sangre. El hierro es esencial para la vida ya que produce la energía necesaria para el funcionamiento y recambio de las células. Las investigaciones han demostrado que la carencia de hierro se encuentra fuertemente relacionada a diversos problemas de salud, particularmente en la primera infancia, como la mortalidad perinatal e infantil. Asimismo, la anemia produce apatía y disminuye la capacidad física. La evidencia internacional ha demostrado que **el déficit psicomotor producido por la falta de hierro no es corregible si la anemia ferropénica** (el tipo más común de anemia) **ocurre durante los primeros dos años de vida.**

¹ La información de este acápite se basa en la presentación de Nelly Zavaleta – Instituto de Investigación Nutricional.

Siendo el hierro esencial para la vida, el organismo humano no lo produce, por lo que tenemos que ingerirlo. Por ello, la atención al desarrollo nutricional del niño en cuanto a su dieta en hierro y su priorización durante los dos primeros años de vida son aspectos claves. Respecto a ello es importante señalar que la lactancia materna exclusiva, cuando se trata de una madre con adecuada nutrición, provee los nutrientes de hierro necesarios para el niño durante los primeros 6 meses de vida.

Entre las causas que producen anemia, un 70% a 80% de los casos son producto de la deficiencia de hierro en la dieta. Algunas otras causas son enfermedades infecciosas que originan inflamación o pérdida de sangre, o la deficiencia de otros micronutrientes como los folatos, vitamina B-12 y vitamina A que dificultan la absorción del hierro. La anemia materna es un factor de anemia en los niños, así como también el bajo peso al nacer y la prematuridad (el niño prematuro nace sin reservas de hierro).

Respecto a la **vitamina A**, las investigaciones señalan que su ingesta produce múltiples efectos beneficiosos: favorece la visión, el mantenimiento de tejidos, el fortalecimiento del sistema inmune mediante la formación de nuevas células, así como también **la absorción del hierro en poblaciones con alta morbilidad debido a procesos inflamatorios o infecciosos.**

1.2. Importancia del servicio

Estudios internacionales han demostrado que la **suplementación con hierro ataca directamente la alta prevalencia de anemia en sociedades donde los niños no pueden asegurar a partir de su propio entorno** (por el tipo de alimentación con que cuentan, el estado nutricional de la madre u otras condiciones de vulnerabilidad como infecciones recurrentes) **las reservas suficientes de hierro que requiere el organismo durante los primeros meses de vida.**

En el Perú, dadas las condiciones de vida, la anemia constituye un problema de salud pública que requiere una atención urgente e inmediata. Contamos con altos índices de anemia (50.3% como promedio nacional para los menores entre 6 a 36 meses) afectando esta a todos los niveles socioeconómicos. Si bien el indicador nacional ha venido disminuyendo, los avances son aún muy lentos (del año 2007 en adelante se ha reducido en promedio sólo 2 puntos porcentuales por año). Por su parte, la deficiencia en vitamina A es más focalizada en la madre puérpera y en el niño, así como en las poblaciones en mayor pobreza, con una mayor proporción en la sierra.

El servicio de suplementación de hierro y vitamina A se da desde el MINSA y debe ser suministrado en el marco de las consultas de Atención al Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED). El esquema preventivo de suplementación establece, para niños entre los 6 a 23 meses, 1 mg. de hierro elemental por kilogramo de peso por día durante 6 meses por dos periodos, con un intervalo de 6 meses entre cada uno; y para los niños con bajo peso al nacer (menos de 2500 gr.) 2 mg. de hierro elemental por kilogramo de peso por día (desde los 3 hasta los 12 meses).

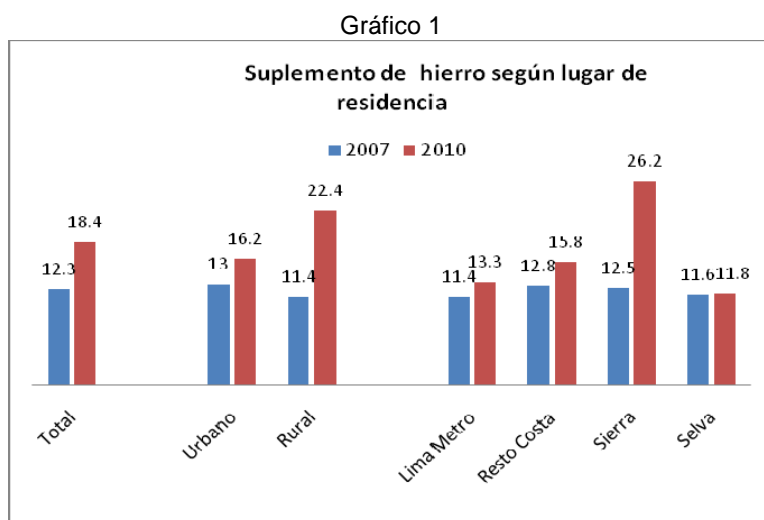
Para las madres la suplementación tiene que ser durante todo el embarazo y hasta el tercer mes post parto. Asimismo, es importante que en los 7,000 Establecimientos de Salud se sepa cuál es el estándar de hemoglobina para una determinada región, pues este varía según diversas condiciones como la altura.

II. AVANCES LOGRADOS EN EL PERIODO 2007-2010 Y BRECHAS ACTUALES DE COBERTURA DEL SERVICIO

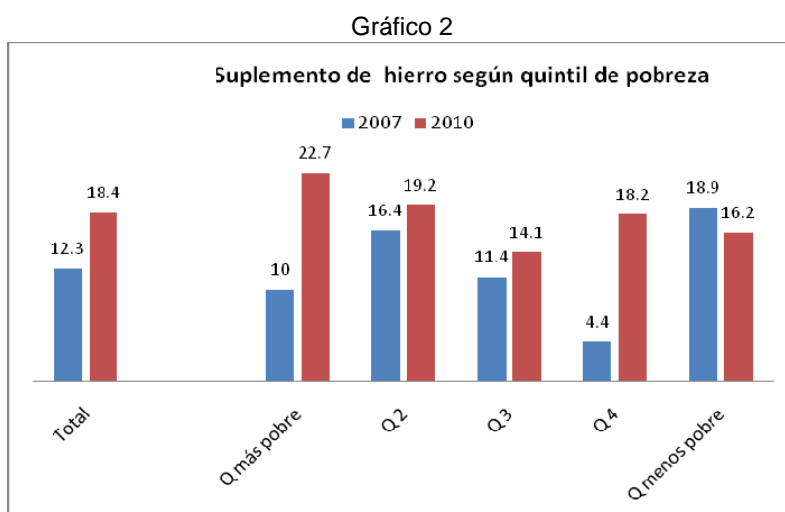
En la medida que el PAN se viene implementando desde 2007, identificaremos los avances dados en este periodo en el tramo de edad que se priorizó para la suplementación con hierro (6 a 36 meses).

2.1. Cobertura del servicio según lugar de residencia y quintil de pobreza

A nivel del balance longitudinal (2007-2010), como muestra el gráfico 1, se han dado algunos avances en el periodo con una mayor proporción en los sectores más vulnerables (rural y sierra). En el caso de las poblaciones ubicadas según grado de pobreza (gráfico 2), si bien el quintil más pobre tuvo un avance significativo, el quintil con mayor crecimiento fue el quintil 4. Estos resultados expresan que los esfuerzos principales en la ampliación de cobertura del servicio se orientaron a estos sectores más excluidos.



ENDES: Proporción de menores de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro en los últimos 7 días



ENDES: Proporción de menores de 6 a 36 meses que recibieron suplemento de hierro en los últimos 7 días

De otra parte, es preocupante notar que en el análisis por región natural, **la selva prácticamente no cuenta con avances en el periodo**. Esto responde a que en zonas amazónicas se presentaban efectos contraproducentes entre la suplementación con hierro y el tratamiento a la malaria. Sin embargo, un reciente estudio técnico de la OMS ha ratificado que la recomendación de utilizar micronutrientes en polvo para reducir la anemia, también aplica en áreas donde hay problemas de malaria. Al igual que con otros productos que contienen hierro, la OMS recomienda que los micronutrientes en polvo se utilicen en combinación con medidas para prevenir, diagnosticar y tratar esta enfermedad. Por lo tanto, **las directrices actuales anulan las recomendaciones anteriores que indicaban que los productos que contienen hierro no debían ser utilizados como una intervención en las zonas donde la malaria es común**.

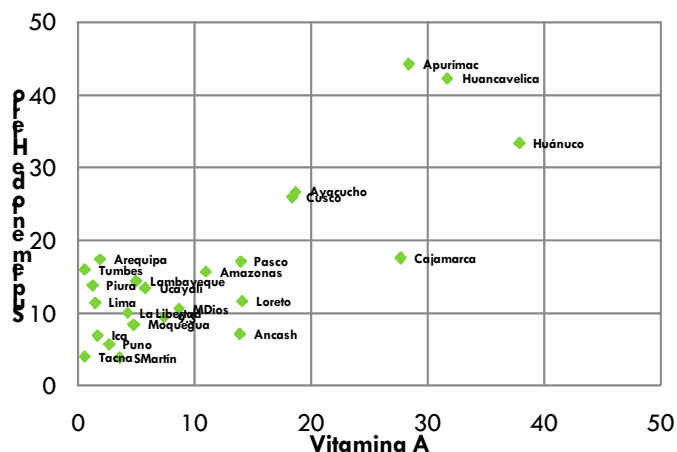
En el caso de la suplementación de vitamina A por parte del Estado, en referencia al tramo de edad de 6 a 59 meses, **el promedio de cobertura nacional es aún más baja que el de la suplementación con hierro (9.1)**. A la vez, por la característica de los grupos vulnerables respecto a esta carencia encontramos un mayor nivel de cobertura en el área rural (17.7%), en la sierra (17.3%) y en el quintil más pobre (18.2%).

2.2. Cobertura del servicio por departamentos

En cuanto a la cobertura de suplementación de hierro y vitamina A por departamentos, considerando el tramo de edad de 6 a 59 meses, los departamentos que tienen una mayor cobertura del servicio son Ayacucho, Apurímac y Huánuco, siendo estos tres priorizados por la política nacional para la implementación del Programa Articulado Nutricional. Por el contrario, los que tienen una menor cobertura son Tacna, San Martín, Puno, Ica y Moquegua.

Gráfico 3

Suplemento de Hierro y Vitamina A por regiones, 2010



ENDES 2010: Proporción de menores de 6 a 59 meses que recibieron Vitamina A y Suplemento de hierro por regiones

ALERTAS:

- La cobertura de suplementación de hierro y vitamina A sigue siendo muy baja en el país, alcanzando el 18% en los niños de 6 a 36 meses y el 14% si tomamos en cuenta el tramo de edad de 6 a 59 meses.
- En el período 2007 al 2010 se han dado avances importantes en priorizar la cobertura en los tramos de edad críticos (niños entre 6 y 36 meses) y en priorizar las zonas rurales y los quintiles en mayor pobreza; sin embargo, el ritmo de mejora es aún muy lento.
- Las poblaciones de la selva son las más desprotegidas respecto a la incidencia de la anemia, no habiéndose especificado aún una estrategia de prevención adecuada a las condiciones de estas regiones (malaria).

III. AVANCES Y DIFICULTADES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN DEL SERVICIO

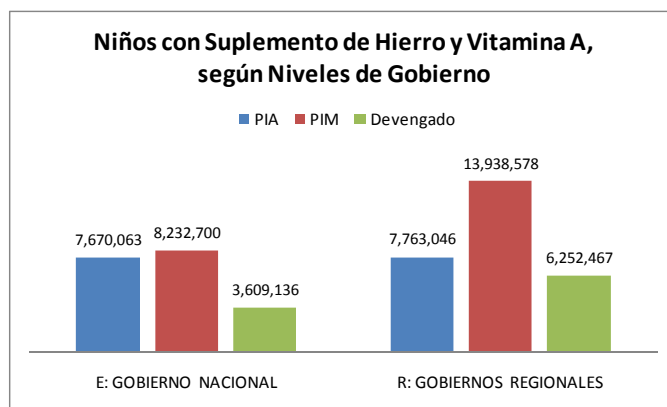
3.1 Asignación presupuestal

La finalidad partió con un Presupuesto de Apertura (PIA) para el año 2011 de 15.4 millones de soles, habiéndose registrado al mes de julio un Presupuesto Modificado (PIM) de 22 millones de nuevos soles.

a) Asignación por niveles de gobierno

Los recursos asignados se distribuyen del siguiente modo a nivel de los pliegos del Gobierno Nacional y Gobiernos Regionales, donde se observa el incremento respecto al PIM de éstos últimos:

Gráfico 4



Fuente: SIAF, Consulta Amigable MEF (julio 2011)

La información presupuestal se desagrega del siguiente modo:

- A nivel nacional:
 - El MINSA registra un PIM de S/.1,912,835, para su función de rectoría, monitoreo y supervisión.

- El SIS registra un PIM de S/.6,319,865, para el financiamiento de las atenciones. Es el SIS el que paga el costo de las atenciones para la suplementación de hierro en los departamentos.

➤ A nivel de las regiones:

A nivel de regiones se cuenta con una asignación total de (PIA): S/. 7,763,046, que cuenta con una alta heterogeneidad en las cantidades que cada pliego regional le asigna a este servicio.

- Se cuentan regiones con escasa asignación presupuestal (PIA 2011): Ica (S/.500), Moquegua (s/.2,000) y Tacna (S/.5,000).
- Algunas de las regiones con mayor asignación son: Ayacucho (S/.2,233,299), Cajamarca (S/.2,142,803) y Cusco (S/.1,746,392).

b) Deficiencias en la programación presupuestal del servicio.

Existen deficiencias en la programación presupuestal del servicio que estarían relacionadas con esta variedad de montos de asignación presupuestal en las regiones.

- Por un lado no se procesa una información clara del número de destinatarios del servicio en cada región para establecer las brechas y definir las metas físicas anuales. No se visibilizan las metas físicas y los montos asignados no tienen un referente claro.
- Por otro lado, no hay una clara sustentación de los costos. Hay costos referenciales establecidos por el SIS (S/. 6 por suplementación de carácter preventivo y S/. 8 por suplementación para atender anemia). Pero estos mntos pueden ser debatibles, habiéndose señalado que son muy bajos para poder cubrir el análisis y la atención. Adicionalmente hay que considerar que la estructura de costos varía según las regiones.
- También se detecta una mala focalización del servicio. No se prioriza la edad de mayor urgencia (de 6 meses a 36 meses) y se privilegia un esquema curativo y no preventivo.

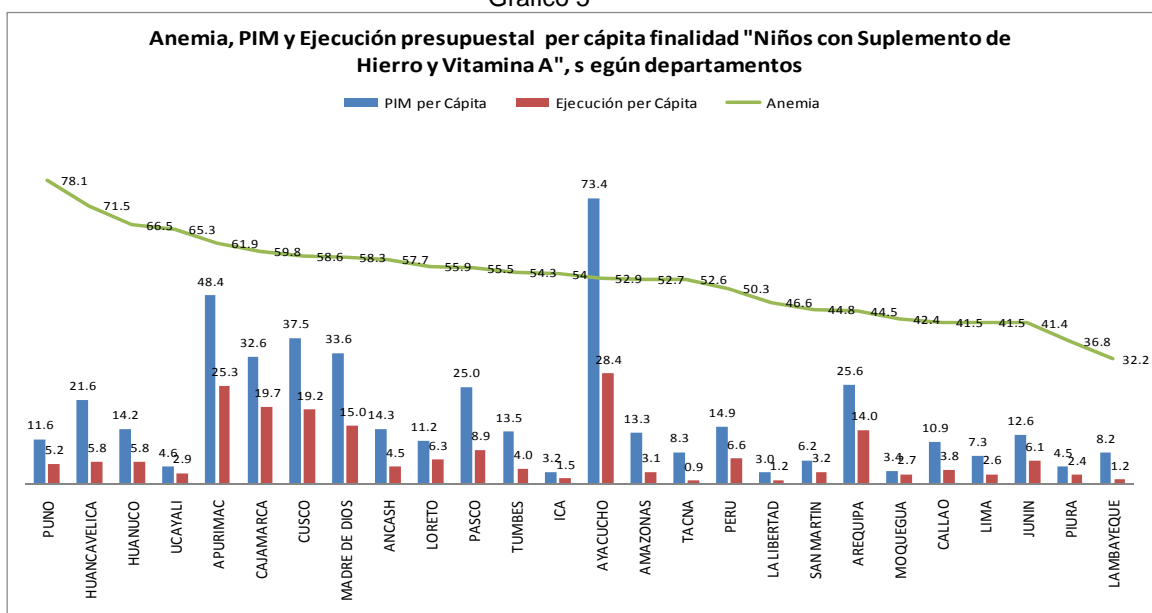
c) Problemas de equidad en la asignación presupuestal.

Para analizar el grado de equidad alcanzado en la asignación presupuestal, se ha priorizado el análisis de la finalidad por medio del PIM per cápita correspondiente a cada pliego regional (2011) y su relación con la prevalencia de anemia entre niños de 6 a 36 meses para el año 2010 (véase gráfico 5).

Respecto a este análisis, **Ayacucho, Apurímac, Cajamarca, Cusco, Madre de Dios y Arequipa** cuentan con los PIM per cápita más altos en relación a sus índices de anemia regional, siendo las dos primeras priorizadas en esta intervención por sus altos niveles de pobreza; no obstante la tercera región priorizada, Huancavelica, está muy distante de una asignación adecuada para los niveles de prevalencia de anemia en el departamento.

Como **regiones críticas** en cuestión de equidad se encuentran, además de **Huancavelica, Puno, Huánuco, Ucayali, Amazonas, Ancash, Loreto, Pasco, Ica, Moquegua, Tacna, La Libertad y San Martín.**

Grafico 5



Fuente: SIAF y ENDES 2010

3.2. Ejecución presupuestal y metas de ejecución del servicio

En el cuadro 1, se observa que al mes de julio de 2011, el avance en la ejecución presupuestal ha sido importante (46.5%), sin embargo, la meta física no cuenta con el mismo nivel de progreso (14.5%).

Cuadro 1: Finalidad Suplemento de hierro y Vitamina A, avance meta física y presupuestal (julio 2011)

Niños con Suplemento de Hierro y Vitamina A						
Meta Física Programada	Meta Física Ejecutada Junio	% de Ejecución de Meta Física	PIA	PIM	Ejecución a Julio	% de Ejecución Presupuestal
2,201,414	325,253	14.8%	15,433,109	21,967,485	10,211,488	46.5

Fuente: SIAF, Consulta Amigable MEF

Esta inconsistencia entre ejecución presupuestal y ejecución del servicio (meta física) estaría relacionada con los siguientes problemas:

- Las deficiencias ya señaladas en la programación presupuestal que carecen de un cálculo claro de costos y metas físicas, así como, probablemente, a deficiencias en la agregación nacional de la información.
- Dificultades en el suministro de los insumos. Si bien la representante de DIGEMIN señala que se envían a las Direcciones Regionales la cantidad de insumos solicitados, las unidades ejecutoras y los Establecimientos de Salud se quejan de la ausencia de suplemento de hierro.
- Una incorrecta ejecución presupuestal, utilizándose las partidas para esta finalidad en otro tipo de gastos. Según diversos testimonios señalados en el equipo de seguimiento, los pliegos regionales programan con cargo a la finalidad, la contratación de personal y el desembolso de recursos para otras actividades y acciones no conducentes a la suplementación con hierro.

- d) La introducción reciente de una estrategia de suplementación con multimicronutrientes (hierro y otros nutrientes) con un carácter preventivo en las tres regiones priorizadas (Ayacucho, Apurímac y Huancavelica), estaría contribuyendo a reemplazar el suministro de hierro en jarabe y a que los recursos asignados a este servicio se estén utilizando en otros gastos. En una visita de campo a Ayacucho, según información de la coordinación del PAN en la región, los recursos asignados a esta finalidad no se ejecutarían en la compra de suplementos por vía tópica (jarabes), ya que el Gobierno Regional estaría cubriendo los requerimientos de suplementación vía multi micronutrientes (chispitas), debido a una mayor aceptación por parte de las madres y niños. (siendo que esta suplementación no se registra en la estructura del PAN).

3.3. La estrategia de suplementación con multi micronutrientes: avances y dificultades en su aplicación.

a) ¿Qué es la suplementación con multi micronutrientes?

La suplementación con multi-micronutrientes se basa en un conjunto de evidencias internacionales y nacionales que han probado la eficacia del suministro con multi micronutrientes (chispitas o sprinkles) que contienen hierro y otros nutrientes esenciales, en la disminución de la prevalencia de anemia. Algunas de sus características principales son:²

- Se basa en una novedosa presentación de los micronutrientes en polvo para uso en el hogar, desarrollada en 1996 en Canadá. Estos son mezclados con las comidas
- El hierro está encapsulado con una membrana de lípido para prevenir los efectos adversos incluyendo:
 - cambios en el gusto o la textura de la comida
 - náuseas y vómito.
- Esta práctica permite contar con una mayor adherencia en la ingesta del suplemento, a diferencia de las dificultades que se reportan con la suplementación por jarabe o gotas (mal gusto, poca adecuación de parte de madres y niños, etc.)
- La fortificación en el hogar permite combatir múltiples deficiencias minerales y de vitaminas. Las chispitas pueden ser agregadas a cualquier comida que se prepare.
- Requiere un periodo de descanso en su implementación de 6 meses, luego de los cuales se vuelve a suministrar el suplemento.
- Cuentan con una buena biodisponibilidad, seguridad y alta aceptabilidad.

b) Avances y dificultades en la implementación de la estrategia para el caso peruano

Para el caso peruano, la estrategia de suplementación con multi micronutrientes se empezó a implementar en 2009 con base en un acuerdo entre MINSA y MIMDES que priorizó la intervención en niñas y niños entre los 6 a 36 meses de edad, beneficiarios del Programa Integral de Nutrición (PIN) en quintiles 1 y 2 de pobreza. Asimismo, se priorizaron tres departamentos que contaban con los más altos índices de pobreza: Ayacucho, Huancavelica y Apurímac. En 2011 se decide su ampliación a 13 regiones adicionales elaborándose un plan para estos efectos.

² Basado en la presentación de N. Zavaleta.

Sin embargo, algunas de las dificultades para su implementación han sido:

- La adquisición de las chispitas se da por medio del PRONAA, al no considerarse la fórmula del sprinkle como un medicamento por el sector Salud. Esto trae como consecuencia, la existencia de imprecisiones acerca de sobre a qué servicio vincular la distribución del multi micronutriente, si debería ser en base a la Canasta Alimentaria del PRONAA o sobre el Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED).
- Asimismo, una dificultad que se deriva de ello es la no correspondencia en relación al público objetivo para la implementación del servicio, ya que en el caso de las chispitas esto se da en base a los beneficiarios del PIN que gestiona MIMDES, mientras que en la finalidad del PAN, debería vincularse al padrón de beneficiarios identificados para el servicio CRED o al Padrón Nominado.

Estos puntos estarían a la espera de resolverse mediante la aprobación de una norma expresada en una directiva sanitaria que se encuentra en proceso de validación por parte del MINSA, mediante la cual se facilitaría la adquisición de las chispitas por parte del Ministerio de Salud.

ALERTAS:

- a. La distribución territorial de los recursos para esta finalidad (presupuesto per cápita) no es equitativa ni responde a la dimensión de la prevalencia de anemia en las diferentes regiones.
- b. No existe certeza acerca del costo unitario que supone la suplementación con hierro, éste no se expresa en la programación de metas físicas adecuadas para alcanzar en los niveles regionales. Sin la especificidad de los costos detrás de los procedimientos logísticos del análisis, la distribución, almacenamiento de los insumos y la implementación del servicio, es poco lo que se puede hacer para mejorar la gestión en aquellas regiones que aparecen en situación crítica (Puno, Ucayali, Huancavelica, Huánuco, Ancash, Loreto, San Martín, entre otras).
- c. El procedimiento para la determinación de las metas físicas es poco claro, no existiendo información visible sobre ellas.
- d. Los insumos (el suplemento de hierro) no están circulando adecuadamente hasta el nivel de los establecimientos.
- e. En varios casos, las partidas destinadas a la suplementación de hierro se están ejecutando para otras acciones no necesariamente relacionadas con esta finalidad.
- f. La implementación progresiva de la suplementación con multimicronutrientes como estrategia preventiva contra la anemia, dadas las evidencias acumuladas, es una buena contribución a la reducción de los niveles de anemia en la infancia, siendo necesario superar las trabas normativas y de procedimiento que aún dificultan su extensión.

- g. La información proporcionada por ENDES puede estar subestimada para el caso de multi micronutrientes. Los datos que provee ENDES respecto a la población infantil suplementada se basa en información sobre la ingesta del suplemento en los últimos 7 días. No obstante, ese periodo de tiempo puede coincidir con el periodo de descanso prescrito para el suministro de los multi micronutrientes.

RECOMENDACIONES:

De la información recogida y analizada por el Grupo de Seguimiento y en base a las alertas identificadas se señalan las siguientes recomendaciones para la mejora de la gestión en lo referido a la implementación del servicio:

1) ***Redoblar esfuerzos para una estrategia integral en el enfrentamiento a la anemia.***

Dada la gravedad del problema de anemia y la baja cobertura de hierro, se requiere redoblar esfuerzos para impulsar una estrategia integral que articule las intervenciones sectoriales, los diferentes niveles gubernamentales y la sociedad civil para enfrentar este urgente problema de salud pública. En esta lógica, deben fortalecerse las coordinaciones y acciones conjuntas que se han venido desarrollando entre el Ministerio de Salud y el MIMDES, así como las iniciativas del Colectivo “Anemia No” que viene articulando las contribuciones de diversas instituciones del Estado y la Sociedad frente a este problema.

2) ***Implementar un enfoque de ciclo de vida para articular y fortalecer las siguientes iniciativas:***

- a) Reducir la anemia de la madre en la gestación para asegurar de este modo las reservas de hierro necesarias en los primeros meses de vida del niño.
- b) Asegurar un periodo de lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, lo que es completamente adecuado para satisfacer los requerimientos de hierro de niños nacidos a término (con peso adecuado al nacimiento).
- c) Asegurar un adecuado estándar de medición para los límites de hemoglobina utilizados para diagnosticar anemia. En el caso de nuestro país, debe utilizarse el estándar de medición de la OMS más el factor de corrección por altura.
- d) Asegurar la existencia de fuentes complementarias de hierro en niños de 6 meses en adelante (sea bajo la modalidad de suplemento o alimento fortificado). Si debe priorizarse, la priorización debería recaer en niños hasta los 24 meses.
- e) Prevención y tratamiento de parasitosis e infecciones.

3) ***Mejorar los procesos de programación y ejecución del servicio de suplementación de hierro.***

En necesario mejorar:

- a) Los procesos de programación haciendo consistente la relación entre la población a atender, la estructura de costos y las metas físicas con las metas presupuestales y su respectiva asignación.
- b) La ejecución de las metas físicas, utilizando la asignación presupuestal prevista y mejorando la circulación y distribución de los insumos para que lleguen efectivamente a los Establecimientos de Salud.

- c) Transparentar y mejorar la coordinación de los procesos de programación y ejecución.
- d) La urgente aprobación, por parte del MINSA, de la Directiva Sanitaria que norme la compra y distribución de los multimicronutrientes (“chispitas”) como política preventiva contra la anemia en los niños de 6 a 36 meses.

4) ***Mejorar la equidad en la distribución de los recursos y esfuerzos en las regiones.***

Sobre la base de la mejora en los procesos de programación y ejecución, debe avanzarse en optimizar una distribución más equitativa de los recursos en las regiones, definiendo estrategias específicas que consideren como criterios de priorización no solo los de pobreza, sino también los índices de prevalencia de anemia, con especial atención en las regiones amazónicas.

5) ***Mejorar los sistemas de información y estudios específicos.***

Como condiciones que contribuyen a llevar a cabo estas recomendaciones se requiere mejorar los sistemas de información para cubrir brechas, determinar las estructuras de costo por regiones e incidir en investigaciones nacionales orientadas a las diferentes realidades del país, así como incluir información diferenciada por género.

6) ***Fortalecer el seguimiento concertado a este servicio y la participación de la sociedad civil.***

Fortalecer los espacios de seguimiento concertado (entre Estado y Sociedad Civil) en los diferentes departamentos del país, propendiendo a que hagan seguimiento a la prestación de este servicio principalmente en aquellos que no cuentan con avances. Fortalecer asimismo la labor de los espacios de vigilancia y observatorios de la Sociedad Civil.

Lima, setiembre de 2011
Grupo de Seguimiento Concertado al PAN
Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza