



ALERTA SOBRE ANEMIA¹

Aprobado por el Comité Ejecutivo Nacional en sesión del 20 de agosto del 2013

La anemia, afecta a casi la mitad de los menores de 3 años en el país (44.5%). Debido a un conjunto de intervenciones públicas, su prevalencia ha venido disminuyendo de forma sostenida desde el año 2007, sin embargo desde el año 2012 esta disminución se ha detenido.

Coincidentemente durante el año 2012, se suspende temporalmente el suministro de multimicronutrientes a los niños que se controlan en los establecimientos del Ministerio de Salud y, por diversos problemas en la adquisición y distribución de estos insumos, a la fecha los niños que se atienden en el CRED del MINSA no llegan a recibir regularmente estos suplementos necesarios para cubrir las deficiencias de micronutrientes en su dieta, aún cuando diversas regiones cuentan con el insumo.

1. La anemia infantil: un problema de salud pública que requiere prioridad.

La anemia en edad temprana tiene consecuencias graves para la salud y desarrollo del niño, afectando particularmente su desarrollo motor y cognitivo. Se ha demostrado también una relación entre la anemia en la infancia con un menor rendimiento en las pruebas que miden el desarrollo cognitivo, social y emocional en la etapa preescolar, escolar y adolescente. Por lo tanto, se afecta su potencial de desarrollo y su capacidad productiva en la vida adulta.

En el Perú, la anemia es un problema de salud pública que afecta principalmente a las mujeres gestantes y niños menores de tres años. El 44,5% de los menores de 3 años padecen anemia (aproximadamente 650,000 niños) y un 28.8% de mujeres gestantes (ENDES 2012) siendo que la anemia en la gestante, además de afectarla a ella (posibilidades más altas de hemorragia en el parto y, en general, disminución de sus capacidades), condiciona un mayor riesgo de que el niño desarrolle anemia en los primeros meses de vida.

¹ Esta Alerta ha sido trabajada por el Colectivo “ANEMIA NO”, discutida con la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil (IDI) y discutida y aprobada en el Comité Ejecutivo Nacional de la MCLCP. En el Colectivo “Anemia No” participaron representantes de las siguientes instituciones: Instituto de Investigación Nutricional, CARE, PRISMA, ACH, Colegio de Nutricionistas, Colegio Médico, Universidad Cayetano Heredia, UNICEF, PMA, MINSA, DIGEMID, CENAN, MEF.

Asimismo, la anemia infantil, si bien tiene mayor incidencia en las poblaciones en situación de pobreza, es un problema sanitario transversal a todas las capas sociales en el país. En el quintil en mayor pobreza afecta al un 52.8% de niños menores de 3 años y en el quintil de mayores ingresos afecta a un 25.4% (ENDES 2012) Esta situación nos indica que además de reducir las brechas, es necesario combatir y prevenir la anemia con políticas universales para toda la población.

2. Las estrategias para la reducción de la anemia.

Desde el análisis y evidencias acumuladas en el estudio de diferentes estrategias a nivel mundial, se concluye la necesidad de combinar 3 tipos de estrategias complementarias: a) la suplementación con hierro a la población, que por sus resultados a corto plazo, debe tener prioridad en la implementación, b) la fortificación de alimentos, que va obteniendo resultados visibles a mediano plazo luego de su continuidad en el tiempo y c) el mejoramiento de hábitos alimentarios, la que tiene efectos paulatinos, notables en el tiempo.

3. ¿Qué se está haciendo para enfrentar la anemia infantil en el país?

Frente a la alta incidencia de anemia en la población, la política pública acorde con las evidencias planteadas, ha puesto en práctica la fortificación de alimentos, la suplementación con hierro a la población más vulnerable, así como la promoción de buenas prácticas nutricionales, además de otras medidas específicas. En el año 2005 se estableció la fortificación con hierro de la harina de trigo (Ley 28314 – 2005) y actualmente se están desarrollando estudios para la fortificación del arroz. Asimismo, a partir del año 2007, se priorizaron, en la implementación de los programas presupuestales estratégicos, un conjunto de acciones efectivas orientadas a la atención de la anemia en la madre gestante y el menor de 3 años.

Prioridades en los Programas Presupuestales

En el Programa Articulado Nutricional (PAN), además de incorporarse reducción de anemia en los menores de 3 años como un resultado intermedio, se priorizaron para la asignación presupuestal las siguientes intervenciones: la 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 del enfermedades prevalentes de la infancia (Anemia, Enfermedades Diarreicas Agudas, Parasitosis y Malaria, las tres últimas con incidencia en el desarrollo de anemia). Asimismo, en el Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN), para la atención del parto, se dio una norma del MINSA que incluía el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, medida estratégica para una adecuada acumulación de reserva de hierro en el niño.

La suplementación con sulfato ferroso a los menores de 3 años y la introducción de la estrategia preventiva en base a multimicronutrientes

La suplementación de hierro a los menores de 3 años, si bien tuvo un ligero incremento, se ha mantenido en niveles muy bajos llegando apenas al 19% en el año 2012. Una de las razones señaladas es la baja aceptación y adherencia de la fórmula del jarabe de sulfato ferroso. Desde el año 2009, con un impulso conjunto entre el

MINSA y el MIMDES se introdujo una estrategia alternativa basada en de suplementación de hierro microencapsulado en polvo, que además incluía zinc, vitamina A y C, y ácido fólico denominado multi-micronutrientes (MMN) que se mezclan con el alimento del niño sin alterar su sabor ni color. Estos suplementos, además de atender otras necesidades nutricionales, contribuyen a una mejor asimilación del hierro y tienen mayor aceptabilidad. Los MMN en polvo han demostrado eficacia y efectividad en combatir la anemia en numerosos países y ha sido recomendada por la OPS, teniendo como virtud adicional, efectos rápidos en la disminución de la anemia, perfilándose, por lo tanto, como prioritaria para enfrentar la referida situación crítica en el país.

En el Perú se probó inicialmente en tres departamentos (Huancavelica, Ayacucho y Apurímac -2009-2010) habiéndose comprobado su mayor aceptabilidad y eficacia, tanto en prevenir la anemia como en su tratamiento para casos leves y moderados (Estudio de la Dirección General de Epidemiología y UNICEF). En esta etapa inicial fue la cooperación internacional (PMA y UNICEF) los que compraron y donaron los MMN y luego esta compra debía ser asumida por el presupuesto público ampliando su aplicación progresiva a más departamentos. Recién en el año 2011 se incluye en el presupuesto público nacional para su ampliación a 16 departamentos. En ese momento fue PRONAA, la institución encargada de las compras, con la limitación que sólo podía hacerlo para los beneficiarios del Programa Integral Nutricional, bajo su cargo, en la medida que el MINSA no lo podía hacer mientras no estableciera una norma técnica para poder comprarlos. No obstante, debido a su eficacia, ya habían iniciado su compra diversos Gobiernos Regionales e instituciones civiles de apoyo al desarrollo.

Por su parte, el Colectivo “Anemia No” contribuyó a esta estrategia, sensibilizando sobre el tema y desarrollando propuestas, particularmente respecto a garantizar el suministro regular de los MMN por parte del MINSA, proponiendo su universalización y sostenibilidad.

Mayor ritmo en la disminución de la anemia infantil

Coincidiendo con la mayor visibilización del problema y el impulso de las políticas públicas señaladas, la anemia infantil retrocede con mayor velocidad a partir del año 2007. Del año 2000 al año 2007 sólo disminuyó en 3 p.p., del año 2007 al 2009 disminuyó en 6 p.p. y del 2009 al 2011 en 9 p.p. pasando de 56.8% de los menores de 3 años en el 2007 a 41.6% en el año 2011².

4. El retroceso

En abril del año 2012, el MINSA, a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas identificó un problema de calidad en un lote de los MMN, aunado a un Reporte de Reacciones Adversas. En estas circunstancias para controlar otros

² ENDES 2007, 2008, 2009, 2010, 2011. No está demás señalar que en la sesión del CEN-MCLCP del 23 de julio del 2010 se aprobó la “Alerta sobre la prevalencia de la anemia que afecta al 50% de la población” y en septiembre del 2011 se elabora un reporte de seguimiento concertado al producto “Niño con suplemento de hierro y vitamina A” que profundiza sobre la naturaleza y funcionamiento del servicio para la reducción de la anemia.

posibles efectos y evaluar el conjunto de lotes, se publica la ALERTA DIGEMID N° 012-2012 disponiéndose “la inmovilización de todos los lotes del mencionado producto...recomendando que la población se abstenga de consumirlo”.

En este contexto, conocida la **ALERTA DIGEMID**, desde el colectivo “Anemia No” se trabajó concertadamente con el MINSA, el MEF y diversas instituciones de la Cooperación y la sociedad civil, para coordinar una acción conjunta para minimizar el impacto negativo que la situación de desabastecimiento planteada podía tener y no dañar la confianza progresiva que se debía ir construyendo en la población para la utilización de los MMN³. Si bien desde el MINSA se tomaron medidas para reemplazar los MMN por el sulfato ferroso, se presentaron también problemas de abastecimiento con este último producto, no disponiéndose medidas de contingencia para esta eventualidad. Todos estos hechos terminaron por afectar la regularidad necesaria en la suplementación, y eventualmente la confianza en el producto.

Las estadísticas del INEI reportan, para el año 2012 un incremento en el indicador de anemia infantil el que pasa de 41.6% en el 2011 a un 44.5% en el año 2012.

5. Debilidad en la implementación de las políticas públicas.

La desconfianza generada ha impactado en el uso de los MMN y por ello su utilización es baja; aunado a esto se constata un sistema de información deficiente, que no permite un adecuado monitoreo de su consumo. También ha influido la determinación de algunas regiones de suplementar con sulfato ferroso y no con MMN. Por lo que se requiere de un impulso generado desde los niveles decisorios que permita exigir el cumplimiento de las metas acordadas y mejorar los procesos de implementación, en el marco del fortalecimiento de la rectoría.

Vacíos y limitaciones en la operatividad de la estrategia de suplementación con MMN.

En el marco anterior, en noviembre del año 2012 el Ministerio de Salud da un paso decisivo aprobando con Resolución Ministerial N° 945-2012/MINSA la Directiva Sanitaria N° 050-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Sanitaria que Establece la Suplementación Preventiva con Hierro en las Niñas y Niños menores de tres años”, orientando en su implementación y facilitando la compra de los MMN por parte del MINSA.

No obstante, existen vacíos y debilidades en el proceso de implementación de la estrategia de suplementación con MMN, en cuanto normatividades más precisas (falta la norma precisa para el tratamiento de la anemia en los menores de tres años, precisiones sobre suplementación preventiva, homologación con la norma CRED⁴, entre otros), en cuanto el uso de protocolos (en procedimientos de compra y características técnicas del producto, en procedimientos de almacenamiento, etc.), en

³ El 28 de junio del 2012 el CEN aprobó la “Alerta sobre la inmovilización en la distribución de los Multimicronutrientes”.

⁴ La suplementación de hierro debe administrarse en el servicio del CRED y deben estar claros los procedimientos para hacerlo en relación al sulfato ferroso y los multimicronutrientes. Mientras que la cobertura del CRED llega a un 50% de los menores de 3 años, la cobertura de suplementación con hierro llega sólo a un 19.5%. – ENDES 2012

relación a la conducción del proceso (no se dio ninguna directiva de término de la alerta de suspensión y cada región procedió a su propio parecer), así como debilidad en la promoción y campañas de información y educación en la población y particularmente, en el seguimiento y control de la ejecución de los procesos necesarios.

Esto ha derivado en una situación crítica en la implementación de la estrategia haciendo que, en varias regiones, no se llega a distribuir aún los lotes completos de chispitas adquiridos por PRONAA para el año 2012 y tampoco se han logrado comprar aún los nuevos lotes para la continuidad de la suplementación en el año 2013. DIGEMID ha identificado poca capacidad de los proveedores en el mercado local y se están tomando algunas medidas de emergencia al respecto redistribuyendo el stock existente y promoviendo la compra por las unidades ejecutoras en tanto se concluye con la adquisición de lo requerido. A nivel presupuestal, si bien se han dispuesto 22 millones de soles para las compras (lo cual es suficiente), hasta Agosto sólo se habían ejecutado 18 mil soles en la compra de insumos. (SIAF, Julio 2013).

Dada esta situación es necesaria una evaluación conjunta sobre esta estrategia, indispensable para un rápido tratamiento de la alta incidencia de la anemia infantil y darle un nuevo impulso, asumiendo la prioridad necesaria en su prevención y tratamiento.

Esfuerzos actuales y debilidades a superar en el conjunto de acciones efectivas priorizadas

Asimismo, es necesario atender los diferentes componentes de una estrategia integral. Si bien la suplementación con hierro a la mujer gestante y los menores de 3 años es una prioridad dada su rápida efectividad, es necesaria la implementación de un conjunto de acciones efectivas complementarias que van dando consistencia y sostenibilidad a mediano y largo plazo a la prevención de la anemia.

El Ministerio de Salud reporta algunas acciones tomadas para afrontar el problema, conformándose desde la Alta Dirección el “Comité para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil”, que prioriza la anemia como un problema urgente de abordar, que reconoce la importancia del trabajo intersectorial, la revisión y actualización de las normas relacionadas al cuidado infantil, la alineación del sistema de información y el fortalecimiento de la asistencia técnica, entre otras, en el marco de la implementación del Programa Articulado Nutricional. En este contexto se busca fortalecer acciones integrales que consideran las intervenciones clave para el abordaje de la anemia y desnutrición crónica infantil en Lima Metropolitana y zonas priorizadas del País, en un trabajo conjunto con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y los Gobiernos Regionales.

Sin embargo existe la necesidad de fortalecer aún más y asegurar la continuidad de las acciones que se han retomado desde salud, otros sectores y gobiernos regionales, relevando la importancia de la Anemia como un problema de salud pública que incide en el desarrollo humano.

En primer lugar, hay que señalar en relación a la suplementación con sulfato ferroso a las mujeres gestantes, que aún no se ha resuelto el problema de la aceptabilidad y

adherencia, existiendo muchas observaciones sobre su efectividad, pues si bien los niveles de cobertura son altos, falta precisar estudios respecto a su efectivo consumo. En relación a las otras acciones también hay debilidades que hay que enfrentar. La educación nutricional frente a la anemia, si bien ha recibido mayor atención no agarra aún la fuerza necesaria. La población aún no reconoce la anemia como problema. Asimismo, el tratamiento y prevención de las enfermedades que contribuyen a generar estados de anemia no han tenido los mejores avances. Las diarreas agudas (EDA) han tenido una tendencia itinerante y una leve disminución en el último año y en relación al tratamiento de la parasitosis y la malaria, no tenemos acceso a indicadores claros. Por otro lado, el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, estando especificado en la norma, requiere de una mayor promoción, control y seguimiento.

Recomendaciones:

A) De implementación inmediata:

- 1) Considerar la erradicación de la anemia infantil y en mujeres gestantes como prioridad nacional, incluyendo metas de reducción explícita a alcanzar por parte del estado al año 2016, haciéndola pública y convocando a todos los actores involucrados, del Estado y la sociedad, a una movilización para lograrla.
- 2) Al MINSA y Gobiernos Regionales: Declarar de “**alta prioridad**” la implementación de la estrategia de suplementación con hierro a mujeres gestantes y menores de 3 años poniendo la prioridad en la suplementación preventiva con multimicronutrientes a todos los niños en situación de pobreza y extrema pobreza.
 - a. Precisar la norma sobre suplementación preventiva, los procedimientos para la suplementación a las niñas y niños prematuros o que no iniciaron la suplementación a los 6 meses, homologando estos aspectos con la norma CRED y actualizar la guía práctica para el tratamiento de la anemia en los menores de 3 años.
 - b. Acelerar la resolución de la provisión de multimicronutrientes para el año 2013 en los EESS de todos los departamentos en que ya se ha iniciado la estrategia preventiva, priorizando los niños en situación de pobreza y extrema pobreza, adaptando las compras a los lineamientos de dosificación, y recurriendo de manera excepcional a compras en el exterior, si fuera necesario.
 - c. Fortalecer la asistencia técnica, el seguimiento y control a las distintas fases del ciclo de gestión del servicio de suplementación (compra, almacenamiento, distribución a los EESS, inclusión en el CRED y seguimiento de su utilización), responsabilizando e instruyendo al personal necesario y convocando el apoyo de los Gobiernos Locales.
- 3) Restablecer un espacio de coordinación intersectorial e intergubernamental para implementar las medidas de emergencia y su necesario seguimiento.

B) En el corto y mediano plazo:

- 4) Definir una política pública para lograr la SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA UNIVERSAL CON MULTIMICRONUTRIENTES, a las mujeres gestantes y los menores de 3 años. Esta política implica, en el corto plazo, ir avanzando en las condiciones para:
 - a. **Garantizar la oferta y demanda de los MMN para su cobertura universal.** Es decir, no sólo la compra suficiente y oportuna por parte del sector salud (MINSA y Gobiernos Regionales) para su distribución en los EESS, sino también su disponibilidad universal en farmacias para su consumo a demanda. Esto implica la promoción de la demanda a partir de una amplia campaña de promoción del uso de los MMN y la promoción de su producción por la empresa privada, llegando a acuerdos con ella.
 - b. **Evaluar estrategias más efectivas para la suplementación con hierro a las mujeres gestantes.** En el corto plazo, proponemos la ejecución de una experiencia piloto de suplementación con MMN para evaluar las condiciones de su implementación masiva.
 - c. **Garantizar la prioridad y protección presupuestal así como la calidad en la programación,** particularmente desde los Gobiernos Regionales, fortaleciendo la orientación y asistencia técnica en el nivel nacional, regional y local.
 - d. **Garantizar la operatividad y calidad del servicio público.** Precisar y adaptar las normas y protocolos necesarios para la compra por el sector público, los sistemas de almacenamiento y distribución, su operación a través del servicio del CRED, la capacitación e incentivos de los RRHH así como el incremento de personal para el desarrollo de la promoción y el trabajo extramural.
 - e. **Fortalecer los procesos de seguimiento y control,** garantizando particularmente la compra oportuna de los insumos y su efectiva distribución a todos los EESS.

- 5) Impulsar, articuladamente el paquete de acciones efectivas, complementarias, para la reducción de la anemia en mujeres gestantes y menores de 3 años.
 - a. Incluir la reducción de la anemia en los menores de 3 años como resultado final del PAN, precisando las intervenciones específicas que sean necesarias. Asimismo, incluir en el PSMN, como acción priorizada, el pinzamiento oportuno del cordón umbilical.
 - b. Desarrollar con mayor fuerza y amplitud la estrategia de educación nutricional para el consumo de alimentos ricos en hierro, coordinando con la sociedad civil y movilizándolo al sector empresarial y medios masivos de comunicación.
 - c. Promover y velar por la disponibilidad de alimentos ricos en hierro, estableciendo estrategias complementarias a la fortificación de alimentos, buscando garantizar que esos alimentos lleguen en la cantidad necesaria a la población más vulnerable.
 - d. Hacer un mayor seguimiento y mejoras en la efectividad respecto a la prevención y tratamiento de las diarreas agudas, parasitosis y malaria.
 - e. Promover el cumplimiento del pinzamiento oportuno del cordón umbilical y establecer un sistema efectivo de control.

- f. Establecer, a partir de las iniciativas actuales, un espacio regular de coordinación estatal, intersectorial e intergubernamental para la reducción de la anemia infantil, garantizando la participación activa de los Gobiernos Regionales y Locales.
 - g. Fortalecer la contribución de las organizaciones de la sociedad civil a este objetivo, promoviendo alianzas y su disponibilidad a la movilización, como la señalada por CONAMOVIDI y convocándolas al colectivo “Anemia No” para desarrollar una coordinación regular con el Estado y aportar a los esfuerzos que se vienen desplegando.
- 6)** Iniciar una amplia campaña nacional de sensibilización sobre el tema de la anemia, vinculándolo a las diferentes etapas de vida y movimientos sociales y comprometiendo a las diferentes instituciones del Estado, la sociedad civil, la cooperación y el sector privado.