



Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional



Defensoría del Pueblo
Jirón Ucayali N° 394-398
Lima, Perú
Teléfono: (511) 311-0300
Fax: (511) 426-7889
Correo electrónico: consulta@defensoria.gob.pe
Página web: www.defensoria.gob.pe
Facebook: Defensoría del Pueblo – Oficial
Twitter: Defensoría_Perú
Línea gratuita: 0800-15170

El presente informe ha sido elaborado por la comisionada Mila Villegas Pérez y el consultor Carlos Arévalo Rodríguez, bajo la coordinación de Mónica Callirgos Morales, Adjunta para la Administración Estatal (e).
Colaboró en el cuidado de la edición: Mariana Rodríguez Barreno

Primera edición: Lima, Perú, diciembre del 2018
400 ejemplares
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018-20249.

Impreso en los talleres gráficos de MCF Soluciones Integrales EIRL
UVR chalet 50-F, Rímac (diciembre del 2018)

Diseño y diagramación:
César Antonio Fernández

Índice

Presentación	5
CAPÍTULO I: Derecho a la salud	9
CAPITULO II: La anemia como amenaza del derecho a la salud	17
CAPÍTULO III: Supervisión a la intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil	49
Conclusiones	113
Recomendaciones	117
Anexos	121

Presentación

La niñez es la etapa del ciclo de vida de una persona, en la que completa su formación neuronal, por lo que el estímulo y el cuidado son esenciales para que la persona alcance el desarrollo psicomotor y cognitivo necesario, que le permita desenvolver sus capacidades en la vida adulta.

La anemia infantil, que se presenta en los niños menores de tres (3) años, constituye un trastorno que afecta negativamente el desarrollo psicomotor y cognitivo de la niñez peruana, perjudicando a su vez el goce de sus derechos a la salud, al libre desarrollo de la personalidad, a la integridad y a la vida digna, y sus efectos se extienden hasta la vida adulta.

Por ello, la intervención del Estado ha centrado su atención en los menores de 0 a 36 meses de edad, para lograr salir del umbral de la severidad de la anemia. En los últimos años el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social aprobaron normas específicas para la reducción de la anemia infantil, asimismo, en el 2017, ambos sectores aprobaron planes sectoriales para combatir esta enfermedad. Sin embargo, la prevalencia de esta enfermedad no se ha logrado revertir, pues de acuerdo a la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2017 –último dato oficial–, la anemia en menores de tres (3) años se mantiene en 43.6%.

En ese sentido, considerando que la anemia es una enfermedad multicausal, es necesario que el Estado replantee su intervención, no solo para cautelar la atención de la salud de los niños y las niñas de nuestro

país, a través de la entrega de los micronutrientes para prevención o del sulfato ferroso durante el tratamiento, sino para atender todos los factores determinantes de la salud, como el acceso a agua y saneamiento, alimentación saludable, vivienda adecuada, entre otros.

Para ello, es determinante impulsar el trabajo coordinado y articulado entre los distintos sectores del gobierno nacional involucrados, así como entre los sectores y los gobiernos regionales y locales, y entre estos. Solo de esta manera y tomando como centro de la intervención del Estado a los niños y niñas, se podrá cautelar que estos alcancen el máximo nivel posible de salud, por lo tanto, que alcancen el pleno desarrollo de sus habilidades a lo largo de su vida.

El presente informe da cuenta de los resultados de la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo sobre la eficiencia y eficacia de las intervenciones desarrolladas por el Estado para la reducción de la anemia infantil. Entre los principales resultados, se advierte la necesidad de articular los planes sectoriales vigentes, a fin de optimizar los recursos y lograr una mayor efectividad en la intervención del Estado.

A nivel regional se observó que no todos los Planes Regionales se elaboraron sobre una línea de base con acciones que se adecúen a la realidad y necesidades de sus territorios. Asimismo, falta que se desarrolle un trabajo coordinado y articulado con los gobiernos locales, que deben ser un aliado estratégico en la lucha contra la anemia infantil, debido a su mayor proximidad con la población.

Asimismo, se registraron dificultades en los establecimientos de salud, principalmente, por la falta de recursos humanos, que nos les permite realizar un trabajo sostenido en el seguimiento de la prevención y tratamiento de los niños y niñas, a través de las visitas domiciliarias y actividades extramurales.

La falta de sensibilización y colaboración de los padres/madres de familia o cuidadores de los menores, también es una de las principales debilidades observadas en las acciones para reducir la anemia infantil. Los mensajes comunicacionales no están siendo efectivos, se requiere de un enfoque intercultural que permita su adaptación a la realidad de cada grupo poblacional. Solo de esta manera será posible lograr la participación activa de las familias que, en la lucha contra la anemia infantil, es determinante.

En ese contexto, la aprobación del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, aprobado mediante Decreto Supremo N° 068-2018-PCM en julio del presente año, es una oportunidad para que se articulen las intervenciones del Estado y se logre una intervención integral, que permita alcanzar el objetivo de reducir la anemia infantil que viene afectando el desarrollo integral de nuestros niños y niñas.

Con las recomendaciones contenidas en el Informe de Adjuntía N° 012-2018-DP/AE, la Defensoría del Pueblo tiene por objetivo coadyuvar en la mejora de las estrategias y políticas del Estado para reducir la anemia en todos los niños y las niñas del país y se garantice el pleno disfrute de sus derechos fundamentales.

Walter Gutiérrez Camacho
Defensor del Pueblo

CAPÍTULO I: DERECHO A LA SALUD

1.1. Marco normativo general

Nuestra Constitución Política reconoce, en el artículo 7º, el derecho de todas las personas a la protección de la salud, tanto en un ambiente individual como colectivo. De acuerdo al Tribunal Constitucional, este precepto reconoce el derecho fundamental a la salud,¹ el cual se define como la conservación y el restablecimiento del estado óptimo de salud de una persona.²

Esta disposición constitucional sobre la protección y salvaguarda del derecho fundamental a la salud, tiene como contraparte un conjunto de obligaciones que el Estado debe cumplir para garantizar la vigencia de este derecho. Al respecto, el artículo 9º de la Constitución Política establece que el Estado es el responsable de determinar la política nacional de salud, en concordancia con lo previsto en los instrumentos internacionales sobre el derecho a la salud, como el artículo 10º del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos³ y el

[1] Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia recaída en el expediente N° 1429-2002-HC/TC, fj.12.

[2] Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia recaída en el expediente N° 1429-2002-HC/TC, fj.13.

[3] Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Artículo 10º Derecho a la Salud:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.⁴

Conforme a la definición que brinda el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el derecho a la salud debe entenderse como el derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud.⁵ En ese sentido, las obligaciones generales del Estado, respecto al derecho a la salud, deben estar orientadas a respetar, proteger y cumplir con las medidas que optimicen este derecho.⁶

Siguiendo estas directrices, el Tribunal Constitucional, en una línea jurisprudencial sostenida, ha relacionado el derecho a la salud con la vida saludable y digna.⁷ Asimismo, ha promovido que, a nivel interno, a partir del desarrollo supranacional, se reconozca que la salud, como derecho fundamental, requiere de la realización de acciones positivas por parte del Estado, ante situaciones que afecten directa o potencialmente el desarrollo de una vida digna. En esa línea, se demanda una triple función estatal:⁸

- Respetar, exige que los Estados no interfieran directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.
- Proteger, requiere que los Estados adopten medidas para impedir daños de terceros que interfieran en el disfrute del derecho a la salud (“preservar”).

[4] Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Artículo 12º Derecho a la Alimentación:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

[5] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. Observación General N° 14 (2000) del artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud», punto 9.

[6] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. Observación General N° 14 (2000) del artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud», punto 33.

[7] Tribunal Constitucional del Perú. Posición recogida inicialmente en las sentencias recaídas en el expediente 01429-2002-HC, fj. 12 a 14, y en el expediente 2945-2003-AA/TC, fj. 26 al 28. Esta postura se mantiene en sentencias recientes como la recaída en el expediente 0331- 2012-PA/TC, fj. 4 y 5.

[8] Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia recaída en el expediente N° 05842-2006-PHC/TC, fj. 51 a 54.

- Cumplir, implica adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud; por ejemplo, aprobando leyes, políticas o medidas administrativas apropiadas.

A través del cumplimiento de estas obligaciones, el Estado debe garantizar los elementos esenciales del derecho a la salud, que son: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. Sin embargo, esta garantía no solo se limita al componente prestacional del derecho a la salud, sino también a otros factores que inciden en el pleno ejercicio de este derecho.

Al respecto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, en la Observación General N° 14, reconoce que “el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”.⁹

En este orden de ideas, las intervenciones que se derivan de esta triple función estatal, no pueden estar supeditadas solo al ámbito prestacional-hospitalario, sino que también deben enfocarse en la mejora integral de la salud, en todos los períodos de la vida, para lo cual deben establecerse políticas, planes y programas que faciliten el desarrollo de la población en su conjunto.

Así también el Tribunal Constitucional ha señalado, con respecto a las acciones que el Estado debe brindar, en lo que respecta a la atención de la salud y los determinantes de esta:¹⁰

“(…) Como se recoge en la Observación General N° 14, ‘el derecho a salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones

[9] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. Observación General N° 14 (2000) del artículo 12° del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud», punto 4.

[10] Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia recaída en el expediente N° 0033-2010-PI/TC, fj. 34.

de trabajo seguras sanas y un medio ambiente sano' (párrafo 4). Desde que el principio de equidad en salud pretende una equiparación en el goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y no sólo en la prestación de los servicios de salud, éste exige que se ataquen diversas inequidades sociales que afectan la posibilidad de gozar de buena salud (...)” [El subrayado es nuestro].

Encontramos la obligación del Estado de contrarrestar enfermedades que requieren de un enfoque que trasciende de la mera atención prescricional de salud en el ámbito de la mejora integral de esta y de la reducción de inequidades en los determinantes básicos de la salud, reconocidos por el Tribunal Constitucional como parte de las acciones estatales para garantizar el derecho a la salud. Este es el caso de la anemia infantil que requiere, adicionalmente a las revisiones médicas permanentes y la entrega de sulfato ferroso, inmunizaciones, acciones de promoción de nuevos hábitos alimentarios ricos en hierro, seguridad alimentaria, prácticas saludables como el lavado de manos, consejería nutricional a los padres, acceso a servicios básicos, entre otros.

1.2. Normativa de protección de la salud de los niños y las niñas

Al referirnos a la obligación estatal de la mejora integral de la salud y de la reducción de inequidades en los determinantes básicos de la salud, debemos tomar especial consideración al período inicial de vida de las personas, es decir, a la protección de la salud de los niños y las niñas.

El artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene una disposición relativa a “la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”,¹¹ la cual pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para cumplir con esta disposición.

En ese sentido, la protección del derecho a la salud de los niños y las niñas adquiere especial relevancia. Al respecto, el inciso 1 del artículo 24º de la Convención de los Derechos del Niño establece que los Estados Partes re-

[11] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. Observación General Nº 14 (2000) del artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud», punto 22.

conocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a los servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación.

Según el Comité sobre los Derechos del Niño, el derecho del niño a la salud está considerado como “un derecho que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud. El enfoque integral en materia de salud sitúa la realización del derecho del niño a la salud en el contexto más amplio de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos”.¹²

Asimismo, dicho Comité resalta que el derecho a la supervivencia y el desarrollo sólo pueden realizarse de una forma integral, mediante la observancia de todas las demás disposiciones de la Convención, incluidos, entre otros, los derechos a la salud, la nutrición adecuada, la seguridad social, un nivel adecuado de vida, un entorno saludable y seguro, así como ofreciendo asistencia y servicios de calidad.¹³

La intervención del Estado también tiene que tener en cuenta el principio del interés superior del niño, tal como lo establece el artículo 3.1 de la Convención. Al respecto, la definición que da el Comité de los Derechos del Niño es la siguiente:

“El interés superior del niño se aplicará a todos los asuntos relacionados con el niño o los niños y se tendrá en cuenta para resolver cualquier posible conflicto entre los derechos consagrados en la Convención o en otros tratados de derechos humanos. Debe prestarse atención a la búsqueda de posibles soluciones que atiendan al interés superior del niño”.¹⁴

En adición, este Comité indica que el principio del interés superior del niño debe respetarse en toda decisión en materia de salud relativa a niños individuales o un grupo. Asimismo, indica que el interés superior

[12] Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 15 (2013) del artículo 24° de la Convención sobre los Derechos del Niño «El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud», punto 2.

[13] Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 7 (2005) «Realización de los derechos del niño en la primera infancia», punto 10.

[14] Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 14 (2013) del artículo 3, párrafo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño «El derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial», puntos 32 y 33.

de cada niño debe determinarse en función de sus necesidades físicas, emocionales y educativas, la edad, el sexo, la relación con sus padres y cuidadores y su extracción familiar y social.¹⁵

De esta manera, el Comité de los Derechos del Niño “exhorta a los Estados a que sitúen el interés superior del niño en el centro de todas las decisiones que afecten a su salud y su desarrollo, incluidas las relativas a la asignación de recursos y al desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones que afecten a los factores subyacentes que determinan la salud del niño”¹⁶. En tal sentido, de acuerdo a este Comité, el interés superior del niño deberá:

- a) Orientar, cuando sea viable, las opciones de tratamiento, anteponiéndose a las consideraciones económicas,
- b) Contribuir a la solución de los conflictos de intereses entre padres y trabajadores sanitarios, y
- c) Determinar la elaboración de políticas orientadas a reglamentar las acciones que enrarecen los entornos físicos y sociales en los que los niños viven, crecen y se desarrollan.¹⁷

Por su parte, en nuestro ordenamiento interno, la Constitución Política establece, en su artículo 4º, el deber de protección especial del niño. Esta tutela particular obedece a la situación de vulnerabilidad de los niños y niñas, que los hace pasibles de ser afectados en su desarrollo temprano, por múltiples factores, que pueden ocasionar daños irreversibles, motivo por el cual la salud debe ser cautelada con mayor intensidad y de manera integral en esta etapa de la vida. Además, el interés superior del niño se reconoce en el Código de los Niños y Adolescentes,¹⁸ así como en la Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño¹⁹ y su reglamento.²⁰

[15] Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 15 (2013) del artículo 24º de la Convención sobre los Derechos del Niño «El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud», punto 12.

[16] Ídem.

[17] Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 15 (2013) del artículo 24º de la Convención sobre los Derechos del Niño «El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud», punto 11.

[18] Código de los Niños y Adolescentes. Artículo IX.- Interés superior del niño y del adolescente.

En toda medida concerniente al niño y adolescente que adopte el Estado a través del Poder Ejecutivo, Legislativo y Judicial, Ministerio Público, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y sus demás instituciones, así como en la acción de la sociedad, se considerará el interés superior del niño y adolescente y el respeto a sus derechos.

[19] Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño.

[20] Reglamento de la Ley N° 30466 aprobado por Decreto Supremo N° 002-2018-MIMP.

En el sector salud, el desarrollo normativo de este principio lo encontramos en el Título Preliminar de la Ley General de Salud, que en su numeral V prescribe que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición, así como los problemas de salud del niño y la niña.

Por ello, el Estado debe velar por eliminar aquellos factores que no permitan el desarrollo sano del niño, más aún si estos, además, pudiesen generar secuelas que impidan el pleno desarrollo de sus habilidades a lo largo de su vida.

En este marco, se ha determinado que uno de los factores más graves que afectan el desarrollo temprano del menor de edad, es la anemia infantil, trastorno por el cual el número de glóbulos rojos circulantes en la sangre se ve reducido,²¹ por lo que, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Cuando esta condición se presenta en menores de seis (6) años, se denomina “anemia infantil”.

La presencia de anemia en la etapa infantil puede afectar negativamente el desarrollo psicomotor y cognitivo de los menores y, a largo plazo, provocar el deterioro en el desempeño escolar, y menor productividad en la vida adulta. Las consecuencias más graves de esta enfermedad implican una afectación en el goce del derecho a la salud del menor, pero también en el ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad, la integridad y de vida digna de la persona adulta.

En tal sentido, se requiere de medidas especiales por parte del Estado para combatir la anemia infantil, considerando al menor como el centro de atención. Para ello, es necesario concientizar a sus representantes de la gravedad del problema, y también reconocer que esta enfermedad requiere de una atención mayor por parte de las autoridades y, en general, de la sociedad, debido principalmente a los siguientes factores:²²

- a) La vulnerabilidad de este grupo poblacional, debido a que los menores requieren de alguien para su cuidado y protección.

[21] Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 250-2017/Minsa, pág. 12.

[22] Organización Mundial de la Salud. Nutritional Anaemias: Tools For Effective Prevention And Control, 2017, pp.4-5.

- b) La alta demanda de consumo de hierro para el adecuado crecimiento y desarrollo.
- c) La poca disponibilidad de alimentos con alto contenido de hierro.
- d) El alto porcentaje de niños/as con bajo peso al nacer.
- e) Las consecuencias de la anemia son significativas en la salud humana en el período adulto, así como en el desarrollo social y económico de un país.

Por otro lado, la anemia tiene un impacto económico negativo en un país, debido a la disminución de productividad. En el Perú, un estudio realizado en el año 2011, concluyó que la anemia le cuesta a la sociedad peruana aproximadamente S/2 777 millones, debido a la falta de productividad de determinado grupo de la población, que sufrió un deterioro cognitivo en la edad adulta generado por anemia en la infancia. En contraste, el costo de prevenir dicha enfermedad sería de S /18 millones, monto que representa solo el 2.8% del costo total que la anemia genera para el Estado.²³

[23] Lorena Alcázar. Impacto Económico de la anemia en el Perú. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), 2012, pp. 64-65.

CAPITULO II: LA ANEMIA COMO AMENAZA DEL DERECHO A LA SALUD

2.1. La anemia como enfermedad que requiere de un abordaje múltiple

La anemia es una enfermedad multicausal, puesto que no solo obedece a la falta de consumo de hierro, sino a otros factores como:²⁴

- a) Deficiencias de vitaminas A, B6, B12, C, D y E.
- b) Desnutrición.
- c) Enfermedades infecciosas.
- d) Determinantes sociales, como:
 - Falta de servicios de agua, saneamiento e higiene adecuados, así como la precariedad de la infraestructura de las viviendas, lo que puede contribuir al aumento de las enfermedades infecciosas.
 - Aspectos culturales que generan conductas inadecuadas para la salud y la nutrición (consumo de alimentos que impiden la absorción de hierro; por ejemplo, el consumo excesivo de infusiones como el té), inseguridad alimentaria y mala calidad de la dieta (incluido el acceso limitado de alimentos con alto contenido de hierro y proteínas).

[24] Organización Mundial de la Salud. Nutritional Anaemias: Tools For Effective Prevention and Control, 2017, pág.14.

- Bajo nivel educativo de los adultos responsables del cuidado de los niños y niñas que dificulta la comprensión de la información sobre la salud y nutrición y, por lo tanto, puede afectar negativamente la calidad de la dieta de los menores. El nivel de educación en las familias (no solo de la madre) también puede influir en la toma de decisiones y el cumplimiento de las recomendaciones del personal de salud para la lucha contra la anemia.
- La pobreza puede limitar el acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, al diagnóstico precoz y tratamiento de anemia. Asimismo, determina el acceso de la familia a alimentación adecuada.

A raíz de esto, considerando las diferentes causas que pueden condicionar el desarrollo de la anemia en las personas, principalmente, en los niños y niñas, no solo se debe abordar esta problemática con la intervención del sector salud, sino a través de intervenciones multisectoriales, para atender de manera efectiva y articulada los temas de salud, agua, saneamiento e higiene, alivio de la pobreza, agricultura, industria y educación, entre otros.

2.2. Las intervenciones del Estado con enfoque de derechos

El Estado en el diseño de las políticas públicas, debe considerar diferentes enfoques, que le permitan garantizar que su implementación alcance a la población objetivo, de manera efectiva.

El enfoque de derechos encuentra su fundamento en el respeto a la dignidad de toda persona y la constituye como el centro de las diversas esferas de acción del Estado.²⁵ Bajo este enfoque, las actividades y políticas del Estado deben estar dirigidas a respetar, proteger y hacer cumplir los derechos, lo cual incluye garantizar efectivamente el goce del derecho a la salud. Para ello, debe tenerse en cuenta que existen determinantes sociales (grupo racial o étnico, género, factores socioeconómicos, educación, etc.) que condicionan el disfrute de derechos, por lo que se deben identificar a aquellas poblaciones vulnerables o que resulten directamente afectadas.

[25] Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 638-2006/Minsa, pág. 3.

En tal sentido, enfoque de derechos en salud, implica tener en cuenta la situación y las necesidades de las personas,²⁶ así como sus características particulares, desde el diseño, implementación y evaluación de las políticas orientadas a la realización del derecho a la salud, con el objeto de afrontar y corregir las desigualdades y las prácticas y relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en salud.²⁷

Respecto a las niñas, los niños y adolescentes, este enfoque implica que el Estado, la familia y la comunidad los reconozca como sujetos de derechos y garantice el ejercicio pleno de los mismos, para posibilitar el incremento de sus capacidades, garantizar su protección, entre otros.²⁸ Para ello es importante tomar en consideración:

- El Ciclo de vida, que responde a la actuación que, partiendo del enfoque de derechos, busca garantizar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, atendiendo a las características propias de cada etapa del ciclo de vida y posibilitando así una mejor calidad de vida.²⁹
- Curso de vida, que es una aproximación a la realidad que integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas; vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de los determinantes sociales.³⁰

De esto se desprende que, la lucha contra la anemia infantil debe estar dirigida a garantizar que la población directamente afectada logre el adecuado acceso y goce del derecho a la salud, teniendo en cuenta las características específicas de dichos grupos, así como su situación de vulnerabilidad. Asimismo, es importante considerar los siguientes enfoques:

[26] Organización Mundial de la Salud, "Salud y derechos humanos". Nota descriptiva, diciembre 2017. Disponible en: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.

[27] Organización Mundial de la Salud, "Salud y derechos humanos". Nota descriptiva, diciembre 2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

[28] Artículo 4, inciso c) del Reglamento de la Ley N° 30466, ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño.

[29] Artículo 4° del Reglamento de la Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, aprobado por DS 002-2018-MIMP.

[30] Ídem.

a) Enfoque intercultural

La interculturalidad equivale al reconocimiento de la diversidad cultural y al diálogo e interacción entre culturas.³¹ Es por esto que, a fin de velar por la participación de dichas culturas y el respeto de su identidad cultural en la sociedad, el Estado debe brindar servicios públicos pertinentes y libres de discriminación.

Un enfoque intercultural, en materia de salud, implica el reconocimiento de las diferencias, a través de la implementación de políticas que respeten e incluyan conocimientos, prácticas y recursos, evitando el prejuicio de los sistemas de salud tradicionales y de quienes los ejecutan dentro de sus respectivos grupos étnico-culturales. Además, en el marco de este enfoque, se consideran inclusivas y tradicionalmente sensibles, aquellas políticas, programas y proyectos que incorporan la medicina y las prácticas tradicionales.

Por lo tanto, el Estado, a través de un enfoque intercultural del servicio de salud, debe diseñar políticas que se adecúen a las prácticas y necesidades de los usuarios y usuarias de las diversas culturas.³² En la lucha contra la anemia infantil no solo debe considerar las particularidades de cada grupo destinatario de la política, sino también aquellas diferencias que se derivan de la propia identidad cultural de cada uno de ellos.

En este orden de ideas, el enfoque intercultural implica “respetar, valorar e incorporar las diferentes visiones culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos pueblos indígenas u originarios para la generación de servicios dirigidos a niñas, niños y adolescentes que promueve, con pertinencia intercultural, una ciudadanía basada en el diálogo y la atención específica de acuerdo al grupo cultural al que pertenece”.³³

b) Enfoque de género

El enfoque de género constituye una herramienta de trabajo, una categoría de análisis con base en las variables sexo y género, que permite

[31] Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las Entidades de la Administración Pública, aprobado por Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM, pág. 13.

[32] Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las Entidades de la Administración Pública, aprobado por Resolución Ministerial N° 186-2015-PCM, pág. 36.

[33] Inciso d) del artículo 3° del Reglamento de la Ley N° 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, aprobado por DS 002-2018-MIMP.

identificar los diferentes roles y tareas que desarrollan hombres y mujeres en una sociedad, así como las relaciones de poder y desigualdades.³⁴ En tal sentido, permite diseñar, ejecutar y evaluar las políticas públicas partiendo de los intereses, necesidades diferenciadas y experiencias de las mujeres y hombres, evitando que se perpetúen las situaciones de desigualdad.

La incorporación este enfoque es una función primordial y una de las bases de las políticas de Estado dirigidas a erradicar la violencia, exclusión social y lograr el desarrollo integral, es decir, a consolidar una sociedad verdaderamente democrática.³⁵

La Organización de Naciones Unidas (ONU) ha recomendado a los Estados miembros, la incorporación de la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud, a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre,³⁶ ya que reconocer los factores biológicos y socioculturales que inciden en la salud de hombres y mujeres permitirá determinar y subsanar las desigualdades y brechas en lo referente al acceso al derecho fundamental a la salud integral.

El enfoque de género en el sector salud ayuda a identificar asuntos y problemas que generen discriminación en razón del género y limitaciones en el goce del derecho a la salud, asimismo, comprende la formulación de estrategias de acción para la promoción de la igualdad de género.

En la construcción social de género en la salud de la población, se debe evitar limitar el acceso a la atención, a causa de tratos diferenciados, desiguales y desventajosos para uno o ambos géneros.³⁷ Por ello, el Estado debe asegurar que todas las personas, independientemente de su género, logren el bienestar más alto alcanzable en contextos y situaciones específicas, adoptando medidas que equiparen la situación desventajosa en la que se encuentran varones y mujeres según su género.

[34] Defensoría del Pueblo. Séptimo Reporte de Defensoría del Pueblo sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres. Informe Defensorial N° 009-2014-DP/ADM. Lima, pág.40.

[35] *Ibidem*.

[36] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. Observación General N° 14 (2000) del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud», punto 20.

[37] Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, aprobada por Resolución Ministerial N° 638-2006/Minsa, pág. 4.

Respecto de la política de lucha contra la anemia infantil, partiendo de las experiencias dispares de las mujeres y los hombres, el Estado deberá asegurar la participación equitativa en los procesos de implementación y evaluación de la misma, a fin que las acciones establecidas en los planes contra esta enfermedad, contemplen no solo la intervención de la madre, sino también del padre, y así estas se lleven a cabo y sean aprehendidas por ambos representantes.

Asimismo, cabe destacar las recomendaciones que el Comité de los Derechos del Niño formuló al Estado peruano en el año 2016. En dicha oportunidad, dicho comité saludó los importantes progresos realizados por el Estado parte para reducir la mortalidad y la malnutrición crónica de los niños, sin embargo, expresó su preocupación por el hecho de que haya aumentado la prevalencia de la anemia entre los niños.³⁸

c) Enfoque de gestión territorial

Con la Ley N° 27680, Ley de Reforma del Capítulo XIV del Título IV de la Constitución Política, se dio inicio al proceso de descentralización en el país. La descentralización propone un nuevo modelo de Estado basado en tres niveles de gobierno (nacional, regional y local) que gozan de autonomía política, económica y administrativa para el ejercicio de sus competencias, en el marco de un Estado unitario y descentralizado, donde el límite a la autonomía se encuentra en el ordenamiento e interés nacional.

De esta manera, la descentralización tiene por objetivo lograr un Estado más próximo a la población, que le permita atender mejor y oportunamente sus necesidades y adecuar la prestación de los servicios a la realidad de sus territorios.

En materia de salud, los tres niveles de gobierno tienen competencias compartidas,³⁹ que deben gestionarse de manera coordinada y articulada. Bajo ese contexto, la gestión descentralizada de la salud, propone un cambio progresivo que permita transitar de un enfoque sectorial a uno territorial, haciendo énfasis en el servicio público orientado al ciudadano. Ello implica que la salud regional y local debe estar articuladas a la política nacional, de

[38] Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú, aprobadas por el Comité en su 71er periodo de sesiones (11 a 29 de enero de 2016), punto 53 literal d.

[39] Inciso b) del artículo 43° de la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

manera que, sobre la base de información cuantitativa y cualitativa de cada territorio, se adecúe la prestación de los servicios a la realidad de cada jurisdicción.⁴⁰ Es así que, la gestión territorial debe coadyuvar a la integración de las acciones de los distintos niveles de gobierno.

Asimismo, la participación de las municipalidades provinciales y distritales debe permitir que, en la implementación de las acciones del Estado, se cuente con una fuerte participación de la sociedad civil, puesto que, tratándose de gobiernos más próximos a la población, pueden generar mayor confianza y la afinidad necesaria para que las estrategias se afiancen en la comunidad.

Las estrategias locales adaptadas al territorio, apoyan la identificación, desarrollo, evaluación, divulgación y expansión de las intervenciones de programas y procesos exitosos, tanto en la atención de salud como en lo que respecta a los factores determinantes.⁴¹ Por lo mencionado, los planes sectoriales contra la anemia deben involucrar, desde su elaboración, a los gobiernos regionales y locales, con lo cual se tendrán mayores probabilidades de ser efectivos.⁴²

Es menester indicar que, en los planes sectoriales se considera este modelo de gestión como una estrategia necesaria en la lucha contra la anemia infantil. Sin embargo, los resultados de la Endes de los últimos años sobre la anemia infantil, así como los resultados de nuestra supervisión, evidencian que, si bien este modelo se encuentra previsto en la normativa, no se materializa su implementación, lo que no contribuye con lograr resultados tangibles en la reducción de la anemia infantil.

2.3. Situación de la anemia infantil en el Perú

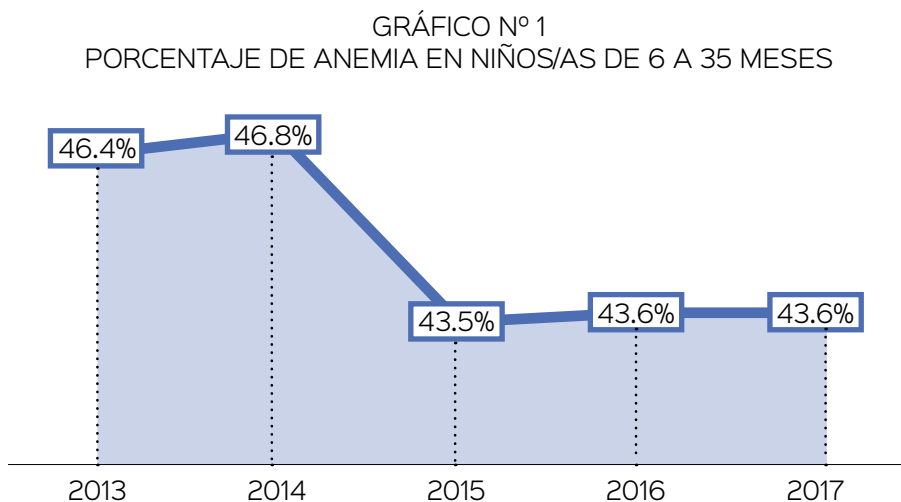
En la última Encuesta Demográfica de Salud Familiar 2017, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (Endes – Inei 2017), se advierte que la prevalencia de la anemia en menores de tres (3) años en el país es de 43.6%. Esta cifra evidencia que, desde el año 2013, la pre-

[40] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción, pág. 13. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf.

[41] *Ibidem*, pág. 26.

[42] Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Un enfoque territorial en las políticas de seguridad alimentaria y nutrición, disponible en: <http://www.fao.org/in-action/territorios-inteligentes/articulos/colaboraciones/detalle/es/c/303304/>.

valencia de la anemia infantil, se mantiene en un rango de 43% a 46%, como se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Endes-Inei año 2017
Elaboración: Defensoría del Pueblo

A pesar de que, desde el año 2015, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social aprobaron normas específicas para la reducción de la anemia infantil, la presencia de esta enfermedad se ha mantenido, sin mostrar avances significativos.

Por otra parte, desde el punto de vista económico, nuestro país, de acuerdo con información del Banco Mundial, en los últimos años ha contado con un crecimiento sostenido del Producto Bruto Interno (PBI), sin que esto se traduzca en una reducción de la anemia infantil. Cabe mencionar que, de acuerdo con esta institución internacional, nuestro país ha sido calificado con un nivel de ingreso “mediano alto”, al igual que Colombia, México y Ecuador.⁴³ No obstante, en estos países el nivel de anemia es mucho menor al nuestro.

La evaluación nacional está contenida en el estudio de Endes-Inei 2017, observándose que el porcentaje de niños menores de tres (3) años con anemia en el área rural, fue mayor en comparación con el área urbana (53,3% y 40,0%, respectivamente). Asimismo, se registró un incremento

[43] Colombia tiene 27% de prevalencia de anemia en la infancia, México 28% y Ecuador 28%. Datos al año 2016 extraídos de la fuente del Banco Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS?view=chart>.

de 0.5% en el área urbana y una reducción del mismo porcentaje en el área rural, en relación al año 2016.

Otro dato resaltante, es el referido al comportamiento de la anemia en los primeros meses de vida:

CUADRO N° 1

De 06 a 08 meses	De 09 a 11 meses	De 12 a 17 meses	De 18 a 23 meses	De 24 a 35 meses
59,2%	59,9%	56.6%	41,4%	30,4%

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Endes-Inei año 2017
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En el Cuadro N° 1, se puede observar que existe una mayor incidencia de la anemia en los primeros meses de vida, siendo la etapa más crítica entre los seis (6) meses y el primer año de edad, etapa de la primera infancia que constituye un período de oportunidades único e irrepetible para dotar a una persona de condiciones idóneas en el alcance óptimo de su desarrollo.⁴⁴ Esta etapa constituye la “ventana de oportunidad” en la que se deberían concentrar las intervenciones del Estado, de distinta índole, para contrarrestar la anemia.

Por ello, múltiples intervenciones estatales, plasmadas en diversos documentos normativos elaborados por los sectores involucrados –los cuales se tratarán más adelante–, han centrado su atención en la primera infancia. Sin embargo, a la luz de los resultados de la Endes-Inei 2017, es precisamente en esta etapa, que la anemia infantil se agudiza, lo que pone en cuestionamiento la efectividad de las estrategias adoptadas por el Estado para salir del umbral de severidad de la anemia infantil, enfermedad que, según la Organización Mundial de Salud, representa un problema grave de salud pública.⁴⁵

Asimismo, cabe mencionar que, en el año 2017, tanto en el Plan contra la anemia infantil del Ministerio de Salud como la vigente Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Menores de Cinco Años y la Norma Técnica de Salud de Manejo Terapéutico y Preventivo

[44] Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño, 48° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud-60° Sesión del Comité Regional, página 17. Disponible en http://www1.paho.org/PAHOUSAID/dmdocuments/MatNeoNatEs-trategia_plan_accion_salud_recien_nacido-2008.pdf?ua=1.

[45] Organización Mundial de la Salud. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 WHO Global Database on Anaemia. Ed. Bruno de Benoist y otros, 2008, pág.6.

de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas, también privilegian las acciones de prevención y tratamiento de la anemia en este tipo de población de niños y niñas. No obstante, los resultados preliminares de la Endes 2018⁴⁶ tampoco son alentadores, debido a que evidencian que un 46,6% de menores de tres (3) años padecen de anemia.⁴⁷

Por otro lado, es importante hacer algunas comparaciones en atención a datos relevantes sobre la situación de la anemia infantil a nivel regional. De acuerdo con la Endes 2017, el porcentaje regional de menores de 36 meses con anemia, es el siguiente:

GRÁFICO N° 2
PORCENTAJE REGIONAL DE MENORES DE 36 MESES CON ANEMIA (2017)



Fuente: Encuesta Nacional Demográfica – Endes 2017

[46] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018-Resultados preliminares al 50% de la muestra.

[47] Esta cifra representa un aumento de la cifra final de anemia en menores de tres años presentada por la ENDES 2017. Aún no se cuenta con la información desagregada de la prevalencia de la anemia en los primeros meses de vida.

El porcentaje regional de menores de tres (3) años que consumieron suplemento de hierro en los últimos siete días es el siguiente:

GRÁFICO N° 3
 PORCENTAJE REGIONAL DE MENORES DE 3 AÑOS QUE CONSUMIERON
 SUPLEMENTO DE HIERRO EN LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS (2017)



Fuente: Encuesta Nacional Demográfica – Endes 2017

La comparación entre los Gráficos 2 y 3, muestra que los departamentos con mayor porcentaje de niños y niñas con anemia, son aquellos en los que, en los últimos siete días, el consumo de suplemento de hierro ha sido menor a 20% en menores de tres (3) años como es el caso de Puno y Loreto.

Cabe resaltar que, en ninguna región del país, el porcentaje de niños y niñas menores de tres (3) años, que han consumido hierro en los últimos siete días, no alcanza ni siquiera el 50%.

Ello pone de manifiesto que las estrategias del Ministerio de Salud para la suplementación de micronutrientes de hierro desde los seis (6) meses de vida, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 055-2016-Minsa, así como las intervenciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para la suplementación de micronutrientes en menores entre los seis (6) a 36 meses, contemplada en los Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental, orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano, denominados “Primero la Infancia”, aprobados por Decreto Supremo N° 010-2016-Midis (entre otras normativas de dichos sectores), no cumplen con su objetivo.

También, se observa la falta de focalización de las estrategias del Estado para lograr un impacto en la prevalencia de la anemia. Por ejemplo, en Loreto y Puno, que son las regiones con mayor incidencia de anemia infantil, 61.5% y 75.9% respectivamente, también son las que presentan menor porcentaje de consumo de hierro según Endes 2017, como ya se ha mencionado.

Por otro lado, a partir del sistema de información del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social,⁴⁸ podemos encontrar otras comparaciones que permiten asociar la prevalencia de la anemia infantil, pero con los determinantes de la salud. Así, tenemos que, en dicha plataforma, los datos regionales de anemia en menores de tres (3) años, comparados con el porcentaje de hogares con acceso a paquetes de servicios integrales,⁴⁹ son los siguientes:

[48] Disponible en: <http://sdv.Midis.gob.pe/redinforma/reporte/rptmiregion.aspx#no-back-button>.

[49] De acuerdo a la estrategia “Incluir para Crecer”, aprobada con DS 008-2013-Midis, el acceso a servicios integrales implica: agua, saneamiento, alumbrado eléctrico y servicios de telefonía.

CUADRO N° 2

Regiones	% regional de anemia según Endes 2017	Hogares con paquete integrados de servicios
Amazonas	51.2	60.00%
Ancash	42.8	71.40%
Apurímac	54.2	49.80%
Arequipa	34.2	79.50%
Ayacucho	48.3	61.70%
Cajamarca	37.6	58.50%
Callao	32.4	89%
Cusco	55.3	66.50%
Huancavelica	54.7	49.80%
Huánuco	44.7	49.20%
Ica	40.5	83.50%
Junín	53.3	68.70%
La Libertad	41.8	73.30%
Lambayeque	37.6	75.90%
Lima Metropolitana	33.3	90%
Lima provincias	43.9	68.10%
Loreto	61.5	36.10%
Madre de Dios	57.3	44.70%
Moquegua	37.2	77.80%
Pasco	58	52.90%
Piura	42.3	54.60%
Puno	75.9	42.10%
San Martín	50.7	55.70%
Tacna	37	85.80%
Tumbes	48	61.70%
Ucayali	59.1	34.60%

Fuente: Red Informa – Repositorio Digital de Información – Mi Región.
<http://sdv.Midis.gob.pe/redinforma/reporte/rptmiregion.aspx?tkn=v/TDaMjVMdgnD19n+3h+og==#-no-back-button>.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Se puede apreciar en el Cuadro N° 2, que tres (3) de las regiones con mayor incidencia de anemia en menores de tres (3) años (Loreto, Puno y Ucayali), coinciden con ser las regiones con menor acceso a paquetes integrados de servicios. Por el contrario, las tres (3) regiones con menores índices de anemia infantil (Callao, Lima Metropolitana y Tacna) son las regiones con mayor

acceso a paquetes integrados de servicios. De lo anterior, podría inferirse que el acceso a los paquetes integrados de servicios, tiene incidencia en la lucha contra la anemia infantil. En relación a la reducción de la prevalencia de anemia infantil a nivel regional, se observa lo siguiente:

CUADRO N° 3

Regiones	% regional de anemia infantil, según Endes 2017	Comparación año 2016 (*)
Cajamarca	37.6	7.3
Amazonas	51.2	6.6
La Libertad	41.8	6.1
Lima provincias	43.9	3
San Martín	50.7	2.4
Ucayali	59.1	2
Tacna	37	1.9
Madre de Dios	57.3	1.7
Ancash	42.8	1.5
Loreto	61.5	0.8
Apurímac	54.2	0.7
Lima Metropolitana	33.3	0.7
Puno	75.9	0
Piura	42.3	-0.5
Ica	40.5	-0.6
Lambayeque	37.6	-0.7
Moquegua	37.2	-0.9
Cusco	55.3	-1.3
Tumbes	48	-2
Huánuco	44.7	-2.3
Junín	53.3	-2.6
Pasco	58	-2.6
Huancavelica	54.7	-3.4
Ayacucho	48.3	-4.5
Arequipa	34.2	-10.3
Callao	32.4	-11.4

Fuente: Fuente: Red Informa – Repositorio Digital de Información – Mi Región.
<http://sdv.Midis.gob.pe/redinforma/reporte/rptmiregion.aspx?tkn=v/TDaMjVMDgnD19n+3h+og==#no-back-button>. Elaboración: Defensoría del Pueblo
 (*) En rojo aparecen las regiones cuyo porcentaje de niños y niñas con anemia ha aumentado o se ha mantenido en el 2017 en comparación al 2016, y en verde aquellas cuyo porcentaje ha reducido.

De acuerdo al Cuadro N° 3, en 13 regiones aumentó o se mantiene el nivel de anemia en niños/as menores de tres (3) años, entre las cuales se encuentran Lima Metropolitana y Puno, dos (2) de las regiones priorizadas para la lucha contra la anemia infantil de acuerdo al Plan del Ministerio de Salud. Otro dato importante precisa que, solo dos (2) regiones (Callao y Arequipa) han registrado una reducción de la anemia infantil en 10 puntos porcentuales con relación al año 2016.

2.4. Acciones del Estado contra la anemia infantil

El presente año, mediante el Decreto Supremo N° 056-2018-PCM se aprobó la Política General de Gobierno al 2021, en la cual se incluyó como lineamiento prioritario: la reducción de la anemia infantil en niños y niñas de seis (6) a 35 meses, con enfoque en la prevención.⁵⁰

Sin embargo, con anterioridad a la aprobación de la referida política, ya se venía reconociendo el problema de la anemia en diversos documentos declarativos:

- Plan Bicentenario-Ceplan, considera lograr, para el año 2021, una nutrición adecuada de infantes y madres gestantes, así como la reducción al mínimo de la tasa de desnutrición crónica infantil y la tasa de anemia de las mujeres en edad fértil. Igualmente, plantea como objetivo específico la seguridad alimentaria, con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes.
- Objetivos de desarrollo sostenible, propone como meta, al 2030, asegurar el acceso de todas las personas, en particular pobres y en situaciones de vulnerabilidad, incluidos los niños y niñas menores de un (1) año, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.
- Hambre Cero al año 2030 en el Perú, establece como objetivo prioritario del Estado, la lucha contra la desnutrición crónica infantil, la anemia nutricional y la obesidad infantil. Las metas propuestas con miras al Bicentenario en el 2021 son: reducir la desnutrición crónica al 6,4% y la anemia en niños y niñas menores de tres (3) años al 19%.

[50] Lineamiento 4.1 de la Política General de Gobierno al 2021.

- Acuerdo de Gobernabilidad para el Desarrollo Integral del Perú 2016-2021, establece el compromiso de reducir la desnutrición crónica infantil en menores de cinco (5) años, a menos del 10% y la anemia a menos del 20% en niñas y niños menores de tres (3) años.
- Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, reconoce la existencia de iniciativas de responsabilidad social empresarial para enfrentar la desnutrición crónica infantil, como un tema crítico a nivel nacional, que preocupa especialmente, junto a los altos índices de anemia.
- Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social, contiene recomendaciones para mejorar la alimentación de los niños, incluyendo un pequeño análisis de riesgos y consecuencias de la anemia infantil, así como medidas para reducirla.

Por otro lado, cabe señalar que las principales acciones o intervenciones concretas del Estado para la lucha contra la anemia infantil, han sido promovidas, principalmente, desde el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

2.4.1. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis)

De acuerdo a la Ley 29792, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), es el ente rector en materia de inclusión social, que involucra a todas las entidades del Estado, vinculadas con el cumplimiento de las políticas nacionales en materia de promoción del desarrollo social, la inclusión y la equidad.

En los últimos años desde el Midis se han aprobado documentos normativos que regulan las acciones y estrategias para combatir la anemia infantil. De estos podemos destacar los siguientes:

- La Estrategia “Incluir para Crecer”, aprobada por Decreto Supremo N° 008-2013-Midis, mediante la cual se ordenaron las intervenciones en Cinco Ejes Estratégicos: Nutrición Infantil, Desarrollo Infantil Temprano, Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia, Inclusión Económica y Protección del Adulto Mayor. La lucha contra la

anemia infantil, de acuerdo a esta estrategia, se circunscribe en el eje de desarrollo infantil temprano.

En este eje, se propuso como meta al 2016, que el porcentaje de niñas y niños de seis (6) a 36 meses, que recibieron suplemento de hierro en los últimos siete (7) días, alcanzase el 50% de niños y niñas, lo cual no se consiguió, según Endes-Inei 2017.

- Los Lineamientos “Primero la Infancia”, aprobado por Decreto Supremo N° 010-2016-Midis, que establecieron dos acciones principales de lucha contra la anemia infantil: la suplementación con micronutrientes a niñas y niños de seis (6) a 36 meses de edad y el tratamiento con sales ferrosas a niñas y niños con diagnóstico de anemia.
- El Plan sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición y la Anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021.⁵¹

El Plan sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición y la Anemia en niñas y niños menores de 36 meses tiene como objetivo, desde un enfoque de desarrollo social, contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de tres (3) años, a través del fortalecimiento de acciones de articulación intergubernamental, la intervención de los programas sociales, los mecanismos de incentivos y fondos, entre otras iniciativas.

Este plan contempla dos líneas de acción:

- Desde la Política Social, busca generar la articulación inter e intra-sectorial, así como intergubernamental, a través de distintas herramientas, tales como los mecanismos de incentivos a favor de los gobiernos regionales, destacando el uso del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), el cual se materializó mediante la firma de Convenios de Asignación por Desempeño suscritos entre el Midis y los gobiernos regionales. Con esto, se busca impulsar la entrega oportuna de paquetes integrales de servicios a la población infantil y de gestantes, incorporando en este nuevo ciclo, indicadores sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia infantil.

[51] Aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 112-2017/Midis.

En lo que respecta al trabajo con gobiernos locales, se busca el fortalecimiento de la gestión territorial, con el uso de la plataforma MIDISrito, a fin de priorizar acciones a nivel local que contribuyan con la entrega de los paquetes de servicios integrados a la gestante y a las niñas y niños menores de 36 meses.

Asimismo, otro mecanismo de incentivo a favor de los gobiernos locales es el Premio Nacional Sello Municipal Incluir para Crecer. Este promueve que los gobiernos locales hagan uso del padrón nominal,⁵² así como la aprobación de una ordenanza municipal que declare como prioridad la lucha contra la anemia infantil en el distrito.

- Desde las prestaciones sociales, a través de los programas sociales de Midis (Cuna Más, Juntos, Haku Wiñay, Tambos) y de la Plataforma Itinerante de Acción Social (PIAS), se llevan a cabo las acciones de seguimiento a la entrega de servicios clave e intervenciones educativas a las usuarias gestantes y a las niñas y niños menores de 36 meses. Se busca que estos generen cambios de comportamiento a nivel de las familias usuarias de los programas sociales, para implementar prácticas saludables de prevención de desnutrición crónica y anemia infantil.

2.4.2. Ministerio de Salud (Minsa)

En el sector salud, la lucha contra la anemia se efectúa desde la perspectiva de la protección de la salud de los menores de edad, considerando las consecuencias que acarrea esta enfermedad. De igual manera, al ser un problema de salud pública nacional, el Ministerio de Salud interviene como ente rector del sector.

En ese sentido, el Minsa ha previsto acciones con la finalidad de prevenir la anemia infantil y también acciones de tratamiento para curarla. Es preciso recalcar que, tanto en la prevención, como en el tratamiento de esta enfermedad, es imprescindible que la persona afectada siga recibiendo una dieta rica en alimentos con alto contenido de hierro. Es decir, la prevención y tratamiento de la anemia infantil se realiza tanto con productos farmacológicos (micronutrientes, gotas, jarabes o tabletas de sulfato ferroso), como con una alimentación rica en hierro.

[52] El "Sistema de Padrón Nominal", es una herramienta que permite realizar un registro en línea de niños y niñas menores de seis (6) años y verificar en tiempo real su identidad, manteniendo su registro actualizado, y facilitando su verificación a nivel local.

La Ley N° 28314, aprobada en el año 2002, dispuso la fortificación con micronutrientes de todas las harinas de trigo de producción nacional, importadas y/o donadas, que se consuman en el país. Por lo tanto, todos los productos elaborados en base a harina de trigo deben estar fortificados con los siguientes micronutrientes: Hierro, Vitamina B1, B2, ácido fólico y niacina. Esta Ley, que tuvo por objetivo asegurar los micronutrientes de hierro, significó el primer acercamiento a la lucha contra la anemia infantil en este milenio.

Posteriormente, con la Resolución Ministerial N° 610-2004/Minsa, se aprobaron los Lineamientos de Nutrición Infantil, Norma Técnica N° 010-Minsa-INS-V.01. Esta fue la primera norma referida a la alimentación de los niños y niñas, enfocada en mejorar el estado nutricional general, y que apuntaba indirectamente a la lucha contra la anemia infantil, a través de las siguientes acciones:

- Promover la Lactancia Materna Exclusiva, como práctica saludable y como único alimento para el niño durante los primeros seis (6) meses de vida, para contribuir en el desarrollo integral del niño y la niña.
- Facilitar el contacto entre la madre y el niño dentro de la primera hora después del nacimiento para que el niño inicie la lactancia.
- Enseñar y promover las técnicas correctas de amamantamiento.
- A partir de los 6 meses de edad, iniciar con la ingesta de alimentos semi-sólidos (papillas, mazamorras, purés), evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo.
- Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita y huevo.
- La suplementación con sulfato ferroso, vitamina A y yodo.

Asimismo, en dicho documento se establecieron, por primera vez, las disposiciones básicas de nutrición aplicables por la madre, las cuales se mantienen hasta la fecha. Estas fueron divididas en dos etapas: “Nutrición del niño menor de seis meses” y “Nutrición del niño de 6 a 24 meses”.

En el año 2006, mediante la Resolución Ministerial N° 292-2006-SA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 040-Minsa/DGSP-V.01, para la atención integral de salud de la niña y el niño, en la que se establecieron una serie de intervenciones sobre la atención de los menores de edad en los establecimientos de salud.

En esta norma, se establecen las siguientes acciones: i) consejería a la madre o padre, referida a la lactancia materna exclusiva y cuidados esenciales del recién nacido; ii) sesiones demostrativas sobre técnicas de amamantamiento, extracción de leche y almacenamiento; y iii) preparación de alimentos ricos en hierro. En otro aspecto, se estableció por vez primera, como estrategia, la visita familiar integral extramural, para las familias que no han acudido al control programado o para la verificación de las prácticas saludables de alimentación.

Complementariamente, en el año 2009, se emitió el Documento Técnico de Consejería Nutricional en la Atención Integral de Salud Materno Infantil. Este documento consideró la importancia de la relación interpersonal para contribuir con el mejoramiento de la salud materno infantil, y se establecieron las secuencias para realizar la sesión de consejería y fichas para el llenado de la misma, así como ejemplos de diálogos entre el consejero y la persona responsable del menor de edad.

No obstante, estos antecedentes, debe indicarse que el primer documento normativo con acciones directas en relación a la lucha contra la anemia infantil, fue el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia 2014 – 2016,⁵³ el cual tenía como objetivo reducir la anemia en menores de tres (3) años al 20% para el 2016, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intrasectorial e intersectorial, meta que no fue cumplida.⁵⁴

En ese sentido, en el año 2016, se empezó con una nueva estrategia en la lucha contra la anemia, a través de la suplementación de hierro y ácido fólico a menores y gestantes. Para ello, mediante la Resolución Ministerial N° 055-2016-Minsa, se aprobó la Directiva Sanitaria para la Prevención de Anemia mediante la Suplementación con Micronutrien-

[53] Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 249-2017/Minsa.

[54] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Endes 2017.

tes o Hierro en Niñas y Niños menores de 36 meses, que dispuso toda una regulación para la adquisición, distribución y suplementación de los micronutrientes en el sector salud.

Con esta norma se estableció que el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (Dares) —ahora conocido como Centro de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (Cenares)—, es el órgano encargado de realizar la adquisición y distribución de los micronutrientes y del sulfato ferroso hasta el nivel regional.

Asimismo, a nivel regional se estableció que las Direcciones Regionales de Salud son las responsables de garantizar, de manera oportuna y permanente, los recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, medicamentos y material comunicacional para la aplicación de la Directiva. Finalmente, se dispuso que la jefatura de cada establecimiento de salud es responsable de la implementación de la directiva, en lo que respecta a la interacción con la población y la dotación de los micronutrientes.

En el año 2017, mediante la Resolución Ministerial N° 537-2017/Minsa se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 137-Minsa/2017/DGIESP, para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años. En ella se establece que toda entrega de suplementos de hierro en gota, jarabe o micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos.

En ese año, también se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 134-2017/Minsa, mediante la Resolución Ministerial N° 250-2017/Minsa, para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres, gestantes y puérperas. Esta norma es la primera que consolida las principales acciones, tanto en la etapa de prevención como de tratamiento de la anemia, incluyendo los signos y síntomas de esta enfermedad, los criterios de diagnóstico y tratamiento diferenciados por grupo poblacional, entre otras.

Es importante destacar el énfasis que esta norma otorga a la prevención contra la anemia infantil. En el siguiente cuadro se pueden observar las principales acciones preventivas que se consideran:

CUADRO Nº 4

En la gestión	En el parto	Primera infancia, niñez y adolescencia
<p>Educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada, incorporando diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas y pescado.</p>	<p>Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2-3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones.</p>	<p>Alimentación complementaria desde los seis meses de edad durante la niñez y adolescencia, que incluya diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado; ya que son las mejores fuentes de hierro hemínico.</p>
<p>Suplementación de la gestante y puérpera con hierro y ácido fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta los 30 días postparto.</p>	<p>Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los seis meses y prolongada hasta los dos años de edad.</p>	<p>Suplementación preventiva con hierro a niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y a niños nacidos a término desde el cuarto mes hasta los 35 meses. En localidades con prevalencia de la anemia infantil, mayor al 20% se suplementará a las adolescentes mujeres escolares, en dosis semanal para prevenir la anemia por un periodo de tres meses por año.</p>
<p>Consejería y monitoreo para asegurar la adherencia a la suplementación preventiva en el establecimiento de salud, hogar y otros espacios de su jurisdicción.</p>		
<p>Otras medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de parasitosis intestinal: los niños, los adolescentes y sus familias deberán recibir tratamiento antiparasitario de acuerdo a la normatividad establecida. - Promoción de la vacunación según calendario. - Promoción del consumo de alimentos fortificados con hierro. - Promoción del consumo de agua segura, el lavado de manos y la higiene de los alimentos en el hogar. 		

Fuente: Resolución Ministerial Nº 250-2017/Minsa.
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Otro cambio importante, es que esta norma no solo alcanza a los establecimientos de salud del Minsa y a los gobiernos regionales, sino también a otros establecimientos del sistema de salud públicos (EsSalud, Interior, Fuerzas Armadas) y privados.

Al respecto, en nuestra supervisión, hemos identificado que la dispersión normativa de las acciones contra la anemia infantil representa un

obstáculo en la aplicación de las mismas e, incluso, existe un nivel de desconocimiento por el personal de salud.

Es importante señalar que, para el control de la anemia infantil, tan importante como realizar el tratamiento, mediante el consumo de suplementos de hierro, es promover que una vez concluido el mismo, se continúe con una alimentación de alto contenido férrico.

Como un hito importante tenemos que, a través de la Resolución Ministerial N° 249-2017/Minsa, se aprobó el “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021”. Este documento técnico fue emitido en el marco de los compromisos que el gobierno asumió para proteger la nutrición infantil, reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil. Como meta al 2021, se establece la reducción al 19% de la anemia en menores de tres (3) años. Para ello, este documento considera quince intervenciones estratégicas:

- Tratamiento y prevención de la anemia en menores de 36 meses con suplementos de hierro, fortificación casera con micronutrientes y consejería.
- Suplementación con hierro y ácido fólico y atención prenatal a la gestante y consejería.
- Suplementación preventiva con hierro y ácido fólico a mujeres adolescentes de 12 a 17 años.
- Control de crecimiento y desarrollo infantil y consejería desde el nacimiento.
- Visita domiciliaria y consejería.
- Inmunizaciones y atención a enfermedades prevalentes de la infancia.
- Suplementación con vitamina A para niños de seis (6) meses a cinco (5) años (ámbito rural).
- Desparasitación a escolares y familias.

- Sesión demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro para gestantes, madres lactantes y de niños de seis (6) a 12 meses de edad.
- Promoción de alimentación saludable.
- Control de yodo en sal.
- Fortalecimiento de capacidades a nivel de instituciones educativas saludables.
- Fortalecimiento de capacidades a nivel de comunidades / barrios.
- Fortalecimiento de capacidades a nivel de municipios saludables.
- Promoción del consumo de agua segura y lavado de manos con agua y jabón.

2.4.3. Comparación de los planes de lucha contra de la anemia infantil

En la actualidad, se cuenta con tres planes de lucha contra la anemia infantil. Por un lado, como hemos mencionado, se tiene el Plan sectorial del Midis⁵⁵ y el Plan nacional del Minsa.⁵⁶ Asimismo, el presente año la Presidencia del Consejo de Ministros aprobó, mediante Decreto Supremo N° 068-2018-PCM, el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia.

Sin embargo, las intervenciones y metas trazadas en los planes sectoriales antes mencionados, responden a estrategias con distintas perspectivas, propias de cada sector. Inclusive, si bien el Plan Multisectorial establece acciones e indicadores para los sectores involucrados, incluyendo salud y desarrollo e inclusión social, dicho documento no determina con claridad la articulación con los planes sectoriales. Por este motivo, en la práctica, se tiene tres planes vigentes (dos sectoriales y uno multisectorial) con acciones que se superponen entre sí.

A continuación, se desarrollan algunas características de los planes sectoriales y el plan multisectorial:

[55] Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición y la Anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021.

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

a) *Ámbito de aplicación*

Una de las principales observaciones encontradas en la revisión de los distintos planes, es la referida al ámbito de aplicación, entendido como las entidades responsables del cumplimiento de los documentos normativos.

El Plan del Midis, si bien cuenta con acciones e indicadores de medición para los gobiernos regionales y locales, tiene como ámbito de aplicación solo a las dependencias de su institución.

Por su parte, el Plan del Minsa, en su objetivo número tres, dispone que se debe concretar la concurrencia de intervenciones en los niños y hogares con los sectores de Educación, Inclusión Social, Agua y Saneamiento, Agricultura y Pesquería, para optimizar oportunidades de contacto y la disponibilidad de alimentos de origen animal ricos en hierro en hogares rurales. Asimismo, en la estrategia denominada “Comunicación para el Cambio de Comportamiento”, se involucra las acciones de distintos sectores. No obstante, el ámbito de aplicación de este plan es solo para órganos del Minsa, y a nivel regional en todas las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o Direcciones Integradas de Salud.

En consecuencia, estos planes solo se implementan desde los sectores que los aprueban y no con acciones de otros sectores que también están involucrados, lo cual no contribuye en lograr una intervención integral del Estado en la lucha contra la anemia infantil.

El Plan Multisectorial, al ser aprobado por la Presidencia de Consejo de Ministros, organismo responsable de la coordinación de las políticas nacionales multisectoriales y de la coordinación con los gobiernos regionales y locales, plantea la articulación intersectorial e intergubernamental de las acciones, enfatizando en la aplicación y en la intervención universal de la lucha contra la anemia infantil.

Empero, como hemos mencionado anteriormente, este plan no establece con claridad cómo deben interactuar las acciones propuestas con las contenidas en los planes sectoriales. Por una parte, en la presentación del Plan Multisectorial, se señala que el Midis es el que organismo que lo propone y, por otro lado, al enumerar las acciones de la lucha contra la anemia, hace mención a los planes sectoriales y los ajustes normativos

realizados en torno a los mismos, pero no detalla cómo es que confluyen los tres documentos. Como veremos en los resultados de la supervisión realizada, esto genera un problema de aprehensión y aplicación por parte de los operadores de salud.

b) Intervención priorizada

Tanto en el Plan del Minsa como en el Plan Multisectorial se establece la priorización de ámbitos territoriales.

Al respecto, en el Plan del Minsa se establece, por primera vez, la priorización de ámbitos territoriales, señalando que se deberán elegir a aquellos ámbitos con mayor número de niños y niñas menores de tres años y gestantes con anemia, en los cuales se desarrollarán acciones iniciales. En Lima Metropolitana y el Callao, el Plan menciona que se elegirán 8 distritos para acciones iniciales y que en las otras regiones también se deberán priorizar distritos. Sin embargo, no menciona explícitamente a los distritos, por lo que se entiende que es una labor que deberá ser efectuada a nivel regional.

En el Plan del Midis, se considera la priorización de 52 distritos que debían ser elegidos por el Programa Cuna Más, para intensificar las acciones de dicho programa social en las acciones de control y reducción de la anemia infantil.

Por su parte, en el Plan Multisectorial se prioriza una selección de 1, 226 distritos en las 26 regiones, siendo la región de Áncash, con 122, y Lima Región, con 101, las que tienen la mayor cantidad de distritos priorizados.

No obstante, no existe un criterio único en la selección de los ámbitos territoriales en los que se priorizará la intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil, lo que no contribuye a garantizar la eficiencia de los recursos públicos y asegurar el logro de los objetivos.

c) Metas

Las metas, coinciden en los planes sectoriales (Minsa y Midis), pero varían en el Plan Multisectorial.

CUADRO N° 5

Año	Meta en los Planes del Minsa y Midis (porcentaje de anemia en menores de 3 años)	Meta del Plan Multisectorial (porcentaje de anemia en menores de 3 años)
2017	37.9%	43.6%
2018	33.2%	42.0%
2019	28.5%	39.0%
2020	23.8%	30.0%
2021	19.0%	19.0%

Fuente: Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición y la Anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021 del Midis, Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 del Minsa, y Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia.

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

En el Cuadro N° 5 se puede observar que, si bien en los tres (3) planes la meta al 2021 es reducir la anemia en niños y niñas menores de tres (3) años a 19%, las metas propuestas del 2019 y 2020 en el Plan Multisectorial son menores con relación a las metas de los planes sectoriales. Asimismo, se aprecia que el Plan Multisectorial parte del porcentaje real de anemia, según Endes – Inei 2017, pero establece una meta al 2018 que tampoco se habría cumplido, según los resultados preliminares al 50% de la muestra de la Endes 2018 (46.6%).

d) Monitoreo y Seguimiento

Los Planes sectoriales del Midis y del Minsa contienen actividades e indicadores, cuyo cumplimiento será monitoreado por instancias de su propio sector.

Es así que, el monitoreo, supervisión y evaluación del Plan Nacional del Minsa, está a cargo de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública en coordinación con la Oficina General de Tecnología de Información del Ministerio de Salud y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud. Asimismo, en este documento se menciona que a nivel regional se adecuará un plan de reducción y control de la anemia que será monitoreado, supervisado y evaluado por las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud.

Por otro lado, el Plan Sectorial del Midis será monitoreado por la Dirección General de Evaluación y Seguimiento de dicho sector, para lo cual ha previsto la implementación de herramientas de seguimiento como el Repositorio Digital de Información Multisectorial en materia de intervenciones sociales - REDinforma.

En el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, se establece que el proceso de seguimiento y evaluación será liderado por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), cuya secretaría técnica recae en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), en coordinación con la Oficina de Cumplimiento de Gobierno e Innovación Sectorial. Adicionalmente, dispone que el seguimiento de los indicadores de resultados inmediatos estará a cargo de cada uno de los sectores responsables, especificando, además, que la CIAS debe realizar un reporte del cumplimiento semestral y anual del logro de los indicadores de resultados inmediatos e intermedios.

En ese sentido, se advierte que no se ha propuesto un sistema único de monitoreo, seguimiento y evaluación, que permita medir la intervención integral del Estado y el avance de las metas previstas

e) Gestión Territorial

La participación de los gobiernos regionales y locales en el Plan del Midis se basa, principalmente, en los mecanismos de incentivos detallados anteriormente en el presente informe. En relación a la gestión territorial, este Plan se limita a enunciarlo como una herramienta que debe ser fortalecida, a través de la plataforma MIDIStrito del Midis, a fin de priorizar acciones a nivel local que contribuyan con la entrega de los paquetes de servicios integrados en la gestante, así como en las niñas y niños menores de 36 meses.

El Plan del Minsa menciona que a nivel regional se elaborará el Plan Regional de Reducción y Control de la Anemia Materno infantil y Desnutrición Crónica Infantil, a partir de la adecuación del Plan Nacional, y se deberá realizar dos evaluaciones al año: una semestral y otra anual.

Por su parte, en el Plan Multisectorial sí se considera como componente estratégico la gestión territorial, vinculándola con la articulación intergubernamental que, en el espacio distrital y comunitario, debe atender las necesidades de la población, mirando a las familias e individuos de manera integral, incluyendo los recursos y brechas en su entorno, así como las oportunidades y limitaciones presentes en el territorio.

f) Espacios de articulación

Los planes sectoriales no contemplan espacios de articulación a nivel local y regional. En relación a los espacios de articulación en el Plan Multisectorial, se debe destacar que se dispone de la creación de la instancia de articulación regional y local, presidida por el Gerente de Desarrollo Social Regional y el alcalde distrital respectivamente. No obstante, considerando que el gobernador regional es la máxima autoridad a ese nivel, debería presidir este espacio de articulación, junto con el alcalde.

g) Enfoques

Respecto a los enfoques contenidos tanto en los planes sectoriales como en el Plan Multisectorial, se observa que ninguno de los planes contempla el enfoque de género ni el enfoque de derechos.

Asimismo, el enfoque de interculturalidad no se considera en el Plan del Midis, mientras que el Plan del Minsa reconoce el enfoque intercultural. Sin embargo, este no establece acciones claras para lograr su materialización, salvo el caso de la cultura alimentaria y su vínculo con la promoción de una alimentación saludable.

Por su parte, el Plan Multisectorial contempla al Ministerio de Cultura como el encargado de asegurar, a través de asistencia técnica, la pertinencia cultural de las intervenciones implementadas por los sectores. Articular con las comunidades nativas para la prestación de los servicios y/o intervenciones del Estado es prioridad anunciada en dicho plan.

h) Aspectos comunicacionales con la población

Los planes sectoriales cuentan con actividades que tienen como objetivo lograr los aspectos comunicacionales necesarios para la lucha contra la anemia infantil. En el caso del Midis tiene un componente de comunicación y difusión, y en el caso del Minsa una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento. Por su parte, el Plan Multisectorial establece, en su estrategia de comunicación concurrente, lo siguiente:

“Las acciones de comunicación y difusión del Plan Multisectorial para la Reducción de la Anemia serán coordinadas por la Secretaría de Comunicación Estratégica y Prensa del

Palacio de Gobierno, que convocará a todos los sectores, a través de las Oficinas de Comunicaciones, para la elaboración e implementación de una estrategia única de comunicación a nivel nacional en el tema de reducción y prevención de la anemia. Los sectores deben articular y destinar los recursos requeridos para posicionar los mensajes comunicacionales que permitan promover prácticas saludables dirigidas a reducir y prevenir la anemia en gestantes y niñas y niños menores de 36 meses de edad, enfatizando en los menores de un año (...).”.

De este enunciado, se advierte que se ha priorizado contar con una estrategia única de comunicación, que será elaborada desde el gobierno nacional, con participación de los sectores involucrados, pero sin la participación —en el diseño— de los gobiernos subnacionales, lo que no permitirá contar con una estrategia de comunicación con enfoque territorial, que garantice su efectividad en la sensibilización de los responsables de los niños y niñas, para la prevención tratamiento y seguimiento de la anemia infantil.

Al respecto, en la supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo, se ha evidenciado que la estrategia comunicacional descrita no ha logrado su cometido, siendo una de las principales dificultades en la lucha contra esta enfermedad. Así, se advierte que en las entrevistas a las personas que representan a los menores de edad, no se ha desarrollado el conocimiento sobre qué significa la anemia y qué medidas se deben adoptar para contrarrestar dicha enfermedad.

i) Participación de los agentes comunitarios

La participación de la comunidad, como hemos mencionado, es vital para el éxito de la lucha contra la anemia. La reciente experiencia exitosa del Gobierno Regional de Arequipa en la reducción de la anemia en su territorio, demuestra lo virtuoso de involucrar a la comunidad en la implementación de la política pública.

Los agentes comunitarios son las personas elegidas o reconocidas por su comunidad, que realizan acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de la salud y otras instituciones.

El rol de estos agentes en la lucha contra la anemia infantil se reconoce tanto en el Plan Multisectorial como en el Plan del Minsa. Sin embargo, en la supervisión realizada, se evidenció que en los establecimientos de salud no se implementan plenamente acciones con participación de agentes comunitarios en la lucha contra la anemia infantil, por lo que es necesario que desde el sector salud se promueva la participación comunitaria.

Asimismo, es necesaria la regulación de la labor de este tipo de agentes, su vínculo con los diferentes sectores, la capacitación de los mismos, entre otros aspectos. El presente año se emitió la Ley N° 30825, sobre agentes comunitarios. No obstante, es importante que el Ministerio de Salud reglamente la misma para lograr la concretización de sus acciones, en el marco de la lucha contra la anemia infantil.

CAPÍTULO III: SUPERVISIÓN A LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANEMIA INFANTIL

3.1. Objetivo de la supervisión

La supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo se realizó con anterioridad a la aprobación del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia. Los objetivos de la supervisión fueron los siguientes:

Objetivo General:

Evaluar la pertinencia social, la eficacia y la eficiencia de las acciones del Estado en la lucha contra la anemia en los menores de tres (3) años.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la implementación del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú, 2017-2021, aprobado por el Minsa en abril del 2017.
- Evaluar la implementación del Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición y la Anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021, aprobado por el Midis en junio del 2017.
- Identificar oportunidades de mejora que contribuyan en la toma de decisiones de los responsables de los menores, de tal manera que se revierta el porcentaje de niños y niñas afectados por anemia.

3.2. Metodología empleada

La Defensoría del Pueblo, con el objetivo de evidenciar la pertinencia social, la eficacia y la eficiencia de las intervenciones del Estado para la lucha contra la anemia en niños y niñas menores de tres (3) años, llevó a cabo una supervisión nacional durante la última semana de abril y la primera quincena del mes de mayo de 2018. El propósito fue recabar información de los principales actores involucrados en las intervenciones propuestas por el Estado, incluyendo a las familias con niños y niñas menores de tres (3) años que fueron entrevistadas en los establecimientos de salud.

Como hemos mencionado en Capítulo II del presente Informe, la anemia es una enfermedad multicausal, y, por tanto, supone una mirada transversal, con participación activa de distintos sectores y niveles de gobierno. Se debe pasar de lo técnico y normativo a la implementación *in situ*, considerando obligatoriamente los enfoques de interculturalidad, de género y de derechos, poniendo al niño y a la niña al centro de las acciones.

En ese sentido, la supervisión realizada considera los siguientes aspectos:

- **Pertinencia Social:** las intervenciones de lucha contra la anemia, que, de manera general, ha propuesto el Estado, deben poder responder a las necesidades particulares que presentan los niños y las niñas en cada región, y ser aplicadas de manera apropiada y culturalmente pertinentes. Conforme a la gestión territorial explicada anteriormente, las autoridades están obligadas a implementar estrategias particulares para responder a las exigencias propias de cada zona bajo el criterio de equidad.
- **Eficacia:** independientemente de las metas nacionales anuales que se ha propuesto el gobierno nacional, es indispensable que cada gobierno regional y local identifique si con las acciones desarrolladas en su jurisdicción se está contribuyendo a reducir, y en qué medida, el número de menores afectados por la anemia. Es decir, es necesario que los gobiernos subnacionales determinen si las estrategias implementadas son eficaces y logran los objetivos fijados.

- Eficiencia: es importante analizar la forma en que se utilizan los recursos para conseguir los resultados esperados y cumplir con los objetivos. En ese sentido, la supervisión se basa en las siguientes preguntas: ¿Se cuenta con los recursos –financieros, humanos y logísticos– necesarios para alcanzar las metas? Según los resultados obtenidos, ¿se está haciendo un uso adecuado y eficiente de los recursos?

En la supervisión realizada, se recogió información de los siguientes actores involucrados en la lucha contra la anemia infantil, conforme a lo previsto en los planes sectoriales:

- Directores de 204 establecimientos del primer nivel de atención de salud a nivel nacional, de un universo de 1377 centros de salud de categoría I – 3 o I – 4, logrando un nivel de confianza de 90%.
- Gerentes de Desarrollo Social y Económico y funcionarios encargados de las Áreas Técnicas de Agua y Saneamiento de 74 municipalidades distritales en cuya jurisdicción se encontraban los establecimientos de salud supervisados.
- Adultos responsables del cuidado de los niños/as menores de tres (3) años (madres, padres, abuelos, entre otros), lográndose entrevistar a 399 responsables.

La información recabada en la supervisión, ha sido complementada con el análisis de los Planes Regionales de Control y Reducción de la Anemia aprobados por los 25 gobiernos regionales.

Cabe resaltar que, aunque en la quincena de marzo de 2018, se solicitó el Plan Regional de lucha contra la anemia para el año 2018 a todas Direcciones Regionales de Salud – Diresas o Gerencias Regionales de Salud – Geresas del país, Apurímac, Ucayali y Madre de Dios no remitieron el documento solicitado, mientras que Junín solo remitió el Plan de Intensificación de la suplementación con micronutrientes y sulfato ferroso en gotas del año 2017.

En el caso de la región Lima, la Diresa de Lima, remitió su Plan Regional, sin embargo, en Lima Metropolitana, solo la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este (Diris Lima Este) presentó su plan Local de Control y Reducción de Anemia aprobado.

Finalmente, cabe indicar que el presente informe contiene un conjunto de recomendaciones formuladas a partir de los resultados de la supervisión, las mismas que tienen por finalidad contribuir en la toma de decisiones de las autoridades, para mejorar los resultados y el impacto de las intervenciones del Estado, en beneficio de la infancia del país.

3.3. Resultados de la supervisión

3.3.1. Intervención de los gobiernos regionales

En el marco de la descentralización, los gobiernos regionales tienen las funciones de formular y gestionar políticas y planes regionales integrales. Las funciones en materia de salud se ejercen, a través de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud.

En el caso de la región Lima, las funciones de salud se encuentran a cargo de la Diresa Lima, que ejerce estas funciones en todo el departamento exceptuando la zona de Lima Metropolitana, en la cual, las funciones de salud están a cargo del Ministerio de Salud y, para fines administrativos, se ha dividido en cuatro (4) circunscripciones, denominadas Direcciones de Redes Integradas de Salud (Diris). Estas circunscripciones son: Diris Lima Norte, Diris Lima Sur, Diris Lima Este y Diris Lima Centro.

En lo que respecta a la lucha contra la anemia, cada Diresa/Geresa, con el fin de reducir en su jurisdicción el porcentaje de niños/as con esta enfermedad, deben elaborar un Plan Regional para la Reducción y Control de la Anemia, en base al Plan Nacional aprobado por el Ministerio de Salud.⁵⁷ Este documento de gestión regional debe contener los lineamientos, estrategias, acciones e indicadores, que serán implementados en la región para enfrentar de manera pertinente, efectiva y eficiente la enfermedad.

[57] El Acápite X del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, denominado Responsabilidades, prescribe lo siguiente: "El Nivel Regional adecuará el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil, el cual será de obligatorio cumplimiento de las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud, Dirección de Salud y Redes de Salud; así mismo son responsables del monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades del Plan. El Nivel Regional deberá realizar 2 evaluaciones al año: 1 semestral y anual a fin de medir los avances y adoptar las medidas necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas."

La adecuación del Plan Nacional a nivel regional, debe tener enfoque de gestión territorial y, en ese sentido, garantizar que las intervenciones de lucha contra la anemia consideren la diversidad social, cultural, educativa y de género de cada zona. De tal manera, es menester que las autoridades regionales de salud evalúen la implementación de las estrategias y herramientas que el Plan Nacional propone, para adaptarlas y, de ser necesario, desarrollar nuevas estrategias que respondan a las necesidades y problemas particulares de sus jurisdicciones.

En ese sentido, la Defensoría del Pueblo solicitó a cada Diresa/Geresa del país, su plan regional de lucha contra la anemia. De estas, 21 remitieron sus respectivos planes, Junín solo remitió el Plan de Intensificación de la suplementación con micronutrientes y sulfato ferroso en gotas del año 2017, mientras que Apurímac, Ucayali y Madre de Dios no remitieron su plan.

En el caso de Lima Metropolitana, solo la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este, (Diris Lima Este) remitió su Plan Local para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017 – 2021 aprobado,⁵⁸ sin embargo, señaló que este documento se encontraba en revisión.

El incumplimiento en la elaboración o actualización del plan regional o local en algunas Diresas/Gerasas o Diris, según corresponda, implica la falta de compromiso en la lucha contra la anemia, que se evidencia con el incremento, en el 2017, del porcentaje de niños/as con anemia en estos departamentos, según información del Inei.

Es el caso de Ucayali que, en el año 2017, registró un 59.1% de niños/as con anemia, incrementando en 2% el porcentaje en relación al 2016, asimismo, en Madre de Dios se registra un 57.3% de niños/as con anemia, que representa un aumento de 1.7% respecto al año anterior. Igual, en Apurímac se observa un 54.2% de menores de tres (3) años con anemia, lo que representa un incremento de 0.7% en relación al año 2016.

Más preocupante es, que según los resultados preliminares al 50% de la encuesta demográfica y de salud familiar del primer semestre del

[58] Oficio N° 1831-2018 /DG-DMGS-N°1015-DIRIS LE/Minsa, del 31 de julio de 2018.

2018,⁵⁹ el porcentaje de prevalencia de niñas y niños de seis (6) a 36 meses con anemia a nivel nacional ha aumentado en 3,0%, pasando de 43,6% afectados en el 2017 a 46,6% para el presente año. Según este documento, el aumento del porcentaje de niñas y niños afectados se ha producido sobre todo en la costa, donde ha pasado de 36,1% en el 2017 a 42% en el 2018, mientras que en la sierra el aumento ha sido de 2.2% pasando de 52% el año pasado a 54,2% el presente año.

Asimismo, llama la atención el caso de Lima Metropolitana que, a pesar de ser la capital donde se encuentran las principales entidades del gobierno nacional, presente un incremento del 7,8% de menores con anemia en relación al año 2017, registrando para este año 2018, un 41% de niños/as con esta enfermedad.

De tal manera, es de suma importancia que los gobiernos regionales cumplan con la obligación de contar con su plan regional de lucha contra la anemia, en el que se organicen las intervenciones para hacer frente a este problema de salud pública en su localidad.

Respecto al contenido de los planes regionales remitidos a la Defensoría del Pueblo, se han advertido algunas debilidades relacionadas con los siguientes aspectos:

a) Línea de base y propuesta de estrategias

Si bien el Plan Nacional elaborado por el Minsa señala los factores que se reconocen como los principales determinantes de la anemia, hay que tener presente que estos ejercen su influencia en diferente medida, dependiendo de las condiciones particulares de cada territorio. Por ello, es necesaria su adecuación a nivel regional, lo cual permitirá tomar en cuenta otros factores determinantes, como las creencias culturales, el nivel educativo y los roles asociados al género.

De acuerdo a sus funciones asignadas, los gobiernos regionales, en coordinación con los gobiernos locales, deben realizar un diagnóstico territorial del desarrollo de esta enfermedad para identificar los factores influyentes y los nudos críticos propios de cada zona, de tal manera que se propongan acciones y estrategias que se adecúen a las necesidades de su población y a la realidad de sus localidades.

[59] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018-Resultados preliminares al 50% de la muestra.

Como se ha mencionado, esta gestión territorial es imprescindible para la planificación de intervenciones eficaces, así como para el eficiente uso de recursos públicos, asegurando una mayor cobertura e impacto positivo en la lucha contra la anemia.

Al respecto, de la revisión de los 21 planes regionales de lucha contra la anemia remitidos a la Defensoría del Pueblo, se encontró que solo Arequipa, Cusco, Lambayeque y Tacna identificaron nudos críticos que afectaban el cumplimiento de metas en relación a la lucha contra la anemia en su región.

Por ejemplo, Arequipa determinó que de su población objetivo –niños y niñas lactantes– la mayoría se encuentran en sus casas y no en los centros de salud, ni en las cunas guarderías, por lo que debían ser contactadas en sus hogares. Además, logró identificar las dificultades de los profesionales de la salud para llevar a cabo las visitas domiciliarias de seguimiento y control de tratamiento, por lo que, para el fortalecimiento de la intervención, planteó las siguientes estrategias con un listado de tareas puntuales: 1) Barrido de salud “de microcred en microred”,⁶⁰ 2) Protocolo pormenorizado de sesiones demostrativas de alimentación saludable, 3) Elaboración del radar de niños anémicos,⁶¹ 4) Monitoreo mensual de metas, y 5) Seminarios semestrales de análisis de información.

En Cusco, se identificó como nudo crítico que la participación municipal, a través de la iniciativa de Municipios Saludables, había disminuido durante el año 2016, por lo que se planteó la intensificación de trabajos conjuntos con los gobiernos locales, a través de la abogacía,⁶² se desarrolló un plan de trabajo de relanzamiento de los procesos de implementación de Municipios Saludables y fortalecimiento del trabajo extramural.⁶³

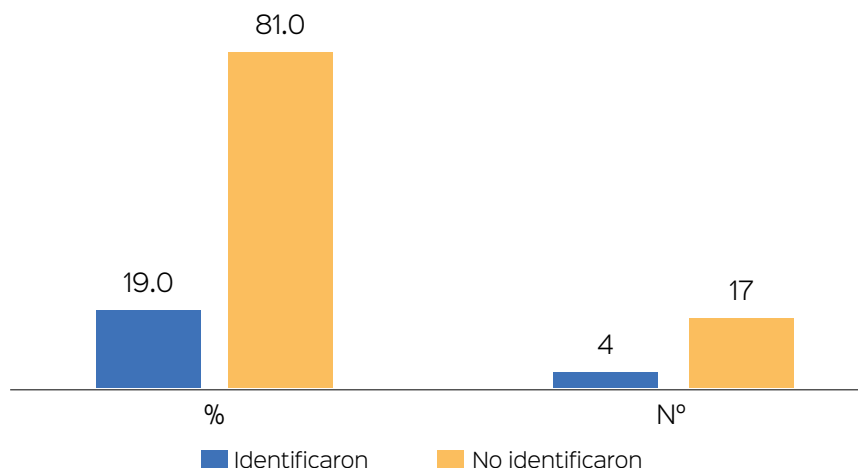
[60] Esta actividad se refiere a que cada Microred de salud debe disponer de la relación y direcciones de todos los niños menores de tres (3) años de su jurisdicción, para hacer el seguimiento sobre todo a aquellos cuyas familias no los llevan a sus citas al establecimiento de salud.

[61] Actividad que consiste en elaborar croquis del espacio sanitario de influencia del Establecimiento de Salud y marcar con un símbolo adecuado la vivienda donde existe un niño menor de tres (3) años con anemia y la condición y características de esos niños tales como edad en meses, fecha de diagnóstico, tiempo de suministro de micronutrientes o de sulfato ferroso, si la familia asistió a las sesiones demostrativas o no entre otras.

[62] Estrategia dirigida a superar resistencias y conseguir apoyo para que las políticas de salud tengan aceptación y apoyo para la reducción y aceptación de la anemia a todo nivel.

[63] Referido a las atenciones e intervenciones realizadas fuera del establecimiento de salud.

GRÁFICO Nº 4
REGIONES QUE IDENTIFICARON NUDOS CRÍTICOS
EN LA LUCHA CONTRA LA ANEMIA

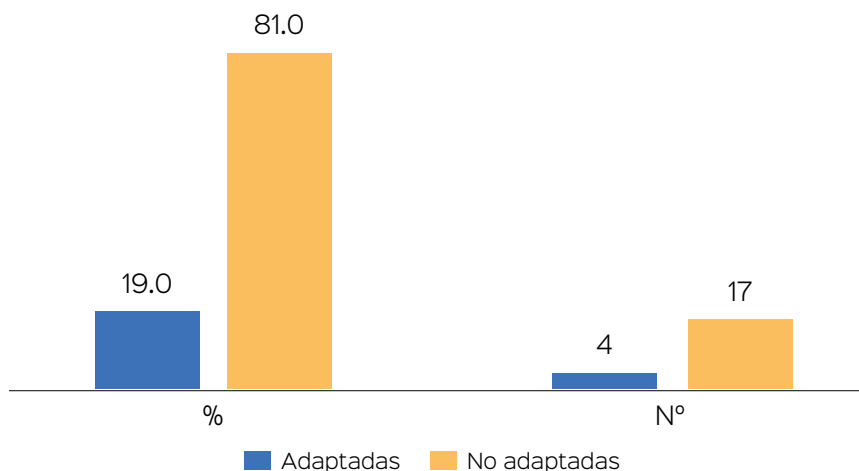


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, solo las Direcciones Regionales de Salud de Ica y Loreto, así como las Gerencias Regionales de Salud de Arequipa y Lambayeque, plantearon, en sus planes regionales, acciones ajustadas a las características propias de su región. Por ejemplo, en Lambayeque se detectó la débil articulación intergubernamental entre la Geresa y los gobiernos locales, para lo cual se plantearon actividades de coordinación con los gobiernos locales para implementar la “tecnología para decisiones informadas” y la planificación de levantamiento de información y vigilancia de los indicadores de la salud, así como el fortalecimiento del Comité Multisectorial de Salud de la región, con la incorporación de los principales actores sociales de la zona.

Fuera de estos cuatro departamentos (Ica, Loreto, Arequipa y Lambayeque), los planes regionales analizados, solo han considerado las mismas estrategias del Plan Nacional de Salud, mencionadas de manera general, sin adecuarlas a la realidad y necesidades de sus territorios.

GRÁFICO N° 5
DIRESAS/GERESAS CON PROPUESTAS DE ESTRATEGIAS Y ACCIONES
ADAPTADAS A SU REALIDAD



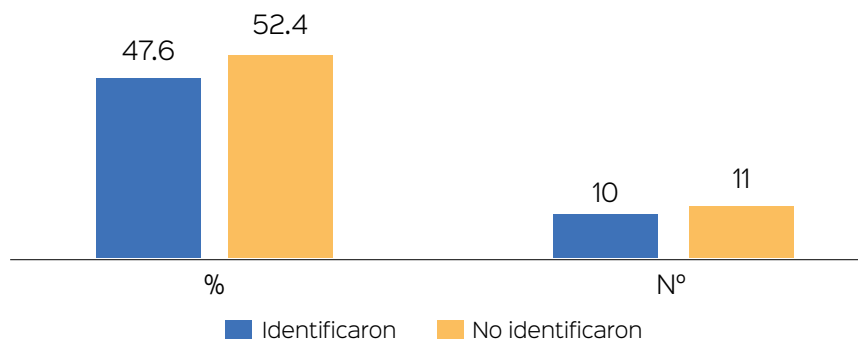
Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

b) Identificación de la población objetivo

Otro aspecto importante en los planes regionales es la determinación cuantitativa de la población objetivo, para la adecuada elaboración de metas e indicadores y la correspondiente asignación de recursos. Al respecto, si no se cuenta con datos confiables sobre el número de niños/as menores de tres años en la región, es imposible que se pueda medir el alcance de las intervenciones o su impacto.

A pesar de ello, en la revisión de los planes regionales se encontró que solo en 10 de ellos, correspondientes a Amazonas, Arequipa, Callao, Cusco, Huancavelica, La Libertad, Moquegua, Piura, Tacna y Tumbes, se tenía identificada cuantitativamente a la población objetivo, para las distintas actividades planificadas.

GRÁFICO N° 6
REGIONES QUE IDENTIFICARON A LA POBLACIÓN OBJETIVO



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

c) Articulación intergubernamental

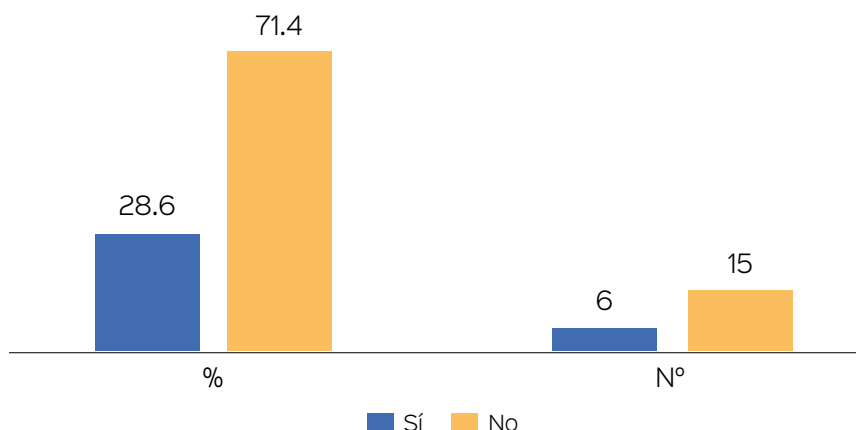
La lucha contra la anemia, indiscutiblemente, exige acciones de coordinación intergubernamental, para lo cual se espera que, desde el gobierno nacional, se involucre a los gobiernos subnacionales y se les brinde las asistencias técnicas necesarias para la implementación exitosa de los lineamientos generales de lucha contra la anemia.

Las Diresas/Geresas, como autoridades regionales de salud, deben coordinar tanto con los sectores del gobierno nacional, como con las autoridades locales, para que las diferentes intervenciones se realicen de manera eficaz y eficiente en beneficio de la población. En ese sentido, resulta necesario que se creen espacios para la concertación y participación de los diferentes actores que, en alguna medida, pueden influir o aportar en la lucha contra esta enfermedad.

Al respecto, en los planes regionales revisados, se advirtió que solo en seis (6) de estos, se previeron acciones concretas de coordinación con los gobiernos locales. Estos fueron los planes correspondientes a Arequipa, Cusco, Huancavelica, Ica, Lambayeque y Tacna. Cabe resaltar que, precisamente en todos estos departamentos, exceptuando Tacna, se redujo el porcentaje de niños y niñas con anemia para el año 2017, en relación con el 2016, lo que demostraría que la articulación intergubernamental es un factor determinante para conseguir los objetivos trazados.

El caso más destacado es el de Arequipa, donde se redujo en 10.3% el número de niños y niñas menores de tres (3) años con anemia, pasando de 44.2% de menores afectados por este mal en el 2016 a 34.2% en el 2017. En este caso, el gobierno regional trabajó de manera coordinada con los gobiernos locales,⁶⁴ desde el análisis de la problemática territorial, la identificación de nudos críticos, la determinación de la disponibilidad de recursos, hasta el planteamiento de las estrategias y organización, lo cual fue plasmado en su Plan Regional de Control de la Anemia.

GRÁFICO N° 7
REGIONES QUE INCLUYEN ACCIONES CONCRETAS DE COORDINACIÓN
INTERGUBERNAMENTAL



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

d) Sistemas de seguimiento, evaluación y monitoreo

La anemia es una enfermedad casi silenciosa, en el sentido que sus síntomas y signos no son claramente percibidos ni por quien la padece ni por su entorno. Es por esto que su presencia y permanencia, muchas veces, es minimizada por la población, la cual, en la mayoría de casos, no identifica el daño. En este orden de ideas, es importante monitorear el desarrollo de las acciones de lucha contra la enfermedad y evaluar el resultado de su implementación.

[64] En los talleres participaron alrededor del 10% de los alcaldes de los distritos de cada provincia, según el Plan de Acción: Control de la Anemia en la Región Arequipa, aprobado mediante Resolución de Gerencia Regional de Salud N° 0542 - 2017 - GRA/GRS/GR-OERRHH.

Sin embargo, no solo se trata de medir el uso de los insumos y el cumplimiento de actividades programadas; sino que, sobre todo, se debe realizar un análisis responsable, detallado y periódico del logro de objetivos, a través de indicadores adecuados que permitan medir la eficacia de las estrategias implementadas.

Por ello, uno de los objetivos específicos del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia del Ministerio de Salud es contar con un mecanismo de medición y seguimiento a las intervenciones prioritarias para la reducción y control de la anemia, que permita identificar, tempranamente, las dificultades en su implementación y la toma oportuna de decisiones.

En este documento se propone 10 indicadores de resultado⁶⁵ y 20 indicadores de producto.⁶⁶ Asimismo, señala que a nivel regional se deberá realizar dos (2) evaluaciones al año, una semestral y una anual, a fin de medir los avances y adoptar las medidas necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas.

Si bien en la revisión de los planes regionales se encontró que todos hacen mención de los indicadores de resultado y producto propuestos en el Plan Nacional del Minsa, no hacen referencia a la modalidad y periodicidad en el que se hará el seguimiento a estos indicadores.

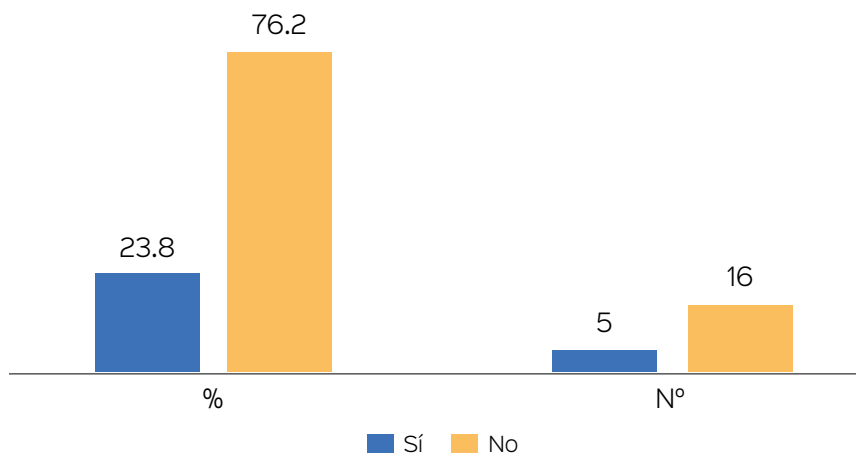
[65] Los indicadores de resultado son: 1) Prevalencia de la anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad, 2) Prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años, 3) Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, 4) Porcentaje de recién nacidos con prematuridad, 5) Porcentaje de niñas y niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva, 6) Porcentaje de niños con vacunas completas para la edad, 7) Prevalencia de Infecciones respiratorias agudas en niñas y niños menores de 3 años de edad, 8) Prevalencia de enfermedad diarreica aguda en niñas y niños menores de 3 años de edad, 9) Porcentaje de gestantes diagnosticadas de anemia que normalizan sus niveles de hemoglobina, 10) Porcentaje de niñas y niños menores de 3 años de edad diagnosticados con anemia que normalizan sus niveles de hemoglobina según edad.

[66] Los indicadores de producto son: 1) Porcentaje de niñas y niños menores de 12 meses con CRED y compromisos según edad, 2) Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad, 3) Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses con medición de hemoglobina, 4) Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que reciben suplementación de hierro en gotas, jarabe, 5) Porcentaje e madres o cuidadoras de niños de 6 a 12 meses que asisten al menos a una sesión demostrativa de preparación de alimentos, 6) Porcentaje de niños menores de 3 años que reciben consejería nutricional, 7) Porcentaje de niños y niñas con anemia que completan tratamiento de anemia, 8) Porcentaje de gestantes que asisten a una sesión demostrativa de preparación de alimentos durante la gestación, 9) Porcentaje e niñas y niños menores de 24 meses con vacuna de rotavirus y neumococo de acuerdo a la edad, 10) Porcentaje de niños menores de 12 meses que reciben una visita domiciliaria, 11) Porcentaje de gestantes que reciben una visita domiciliaria, 12) Porcentaje de gestantes con tamizaje de anemia según normativa, 13) Porcentaje de gestantes con 6 o más controles prenatales, 14) Porcentaje de gestantes que inician a las 16 semanas suplementación con hierro y ácido fólico, 15) Porcentaje de gestantes que completan tratamiento de anemia, 16) Porcentaje de adolescentes mujeres de 12 a 17 años que reciben suplementación preventiva, 17) Porcentaje de niños mayores de 2 años con desparasitación, 18) Porcentaje de gestantes con parto institucional, 19) Porcentaje de hogares con acceso a agua segura, 20) Porcentaje de municipios que asignan recursos a actividades de reducción de anemia y desnutrición crónica infantil.

También, se observó que solo en cinco planes regionales —Arequipa, Cusco, Huancavelica, Ica y Moquegua— se contemplan acciones de monitoreo y supervisión. Por ejemplo, Huancavelica ha incluido un cronograma con actividades de evaluación y monitoreo, así como metas anuales de ejecución de visitas integrales de asistencia técnica de parte de la Diresa hacia las Redes de Salud, y de estas hacia las microrredes, y desde esta instancia hacia los establecimientos de salud.

Por otro lado, Cusco menciona en su plan que para fortalecer las acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de las intervenciones, se elaborará un sistema de vigilancia en los distritos priorizados y se realizará el monitoreo nominal del paquete de atención integral del niño y la niña, a través de reportes anuales, así como también elaborará un software de supervisión a los programas presupuestales Articulado Nutricional y Materno Perinatal, y la supervisión y evaluación de los establecimientos de salud en relación al cumplimiento de los indicadores de producto y resultado, mediante informes trimestrales.

GRÁFICO N° 8
REGIONES QUE MENCIONAN ACCIONES DE MONITOREO
Y SUPERVISIÓN



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

e) Distribución de micronutrientes

Una de las estrategias más importantes para la prevención de la anemia infantil es la suplementación de micronutrientes, que se presenta en

sobre individuales de 1.0 gramo de polvo, que contiene una mezcla de vitaminas y minerales que ayudan a prevenir la anemia. El Ministerio de Salud ha establecido normativamente el esquema para adquisición, distribución y suplementación de los micronutrientes en el sector salud.⁶⁷

Asimismo, el Centro de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (Cenares) del Ministerio de Salud, es la entidad encargada de realizar la adquisición y distribución de los micronutrientes y del sulfato ferroso, hasta el nivel regional. Por su parte, en el nivel regional, corresponde a las Diresas o Geresas distribuir de manera oportuna, suficiente y permanente los micronutrientes y el sulfato ferroso en los establecimientos de salud de su jurisdicción.

Para lograr cumplir con estas obligaciones, las Diresas o Geresas deben realizar una adecuada gestión para la programación, requerimiento, almacenamiento y distribución de estos productos, a los establecimientos de salud, garantizando su óptima entrega a la población destinataria final de los mismos.

No obstante, durante el presente año, en algunos departamentos se advirtieron serios problemas en la distribución de los micronutrientes. Así, por ejemplo, en mayo del presente año, la Oficina Defensorial de Lambayeque constató un total de 189 954 sobres de micronutrientes con fecha de vencimiento expirada, distribuidos en distintos establecimientos de salud de dicha región. Estos productos almacenados vencidos, además de constituir una contravención a la Ley, evidencian deficiencias en los controles necesarios, por parte de la Diresa, para el cumplimiento de la directiva de suplementación de micronutrientes aprobada por el Minsa.

En el objetivo de generar concientización del problema de la anemia infantil en la población, contar con estos productos vencidos puede causar desconfianza en la población y constituirse en un obstáculo para lograr promover la importancia del consumo de los micronutrientes.

Por otro lado, en la Oficina Defensorial de Tumbes, advirtió que la Dirección Regional de Salud entregó más de 89 mil sobres de micronutrientes a estudiantes en las instituciones educativas de nivel primario, por encontrarse a pocos días de su vencimiento. Ello, evidencia que en dicha región también existirían problemas en los controles del almacenamiento y distribución de estos productos.

[67] Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación de micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses, aprobada por la Resolución Ministerial N° 055-2016-Minsa.

Cabe recordar que, de acuerdo a la normativa sectorial, la suplementación de micronutrientes tiene como objetivo asegurar el consumo de cantidades de hierro adecuadas en los niños y niñas menores de 36 meses, en el marco de la prevención. En consecuencia, la entrega de los micronutrientes en instituciones educativas de nivel primario, donde no se encuentra el público objetivo de la estrategia de suplementación, no solo representa el incumplimiento normativo, sino que al entregarlos con fecha de vencimiento próxima, atenta contra la salud de los estudiantes, lo cual podría ser penalizado.

La entrega de dichos productos, ya sea en el establecimiento de salud o en los trabajos extramurales, requiere de oportunidad y de una consejería para una suplementación adecuada, por lo tanto, debe haber un mayor control en la distribución de los productos a los establecimientos de salud y de estos a los usuarios/as finales.

f) Presupuesto

El Plan Nacional del Ministerio de Salud, plantea 15 intervenciones estratégicas que son financiadas por programas presupuestales, 12 por el Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) y tres (3) por el Programa Presupuestal Materno Neonatal.

Por otro lado, las estrategias de intervención propuesta en el Plan Sectorial del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, para contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición infantil, son financiadas a través del Presupuesto Institucional del Pliego de dicho ministerio.

Para el análisis de la eficiencia de las intervenciones desarrolladas por el Estado en la lucha contra la anemia, en el presente informe solo se ha considerado al Programa Presupuestal Articulado Nutricional, por ser, en la actualidad, el que financia la mayoría de las intervenciones.

Como se puede observar en el Cuadro N° 6, para el año 2018, el presupuesto asignado al PAN se ha incrementado en un 10%, en relación al año 2017, lo que representa un incremento de S/134 160,714. Este incremento se ve reflejado, principalmente, en el aumento presupuestal de los Gobiernos Regionales de Amazonas y La Libertad, que para el presente año registran un incremento de 58% y 25%, respectivamente.

En el Cuadro N° 6 también se puede apreciar que, en el 2018, se incrementó el presupuesto transferido a la mayoría de gobiernos regionales, en relación con el año 2017. Sin embargo, no quedan claros los criterios adoptados por el Ministerio de Economía y Finanzas para determinar la transferencia presupuestal a cada gobierno regional.

Así, por ejemplo, llama la atención que, a departamentos con más de 40, 000 menores con anemia, para el año 2018, se les haya disminuido el presupuesto, como es el caso de Huancavelica, donde aun contando con el 54.7% de niños con anemia, se le recortó en un 6% el presupuesto. También es el caso de Loreto, que registrando 61.5% de niños con anemia, se le recortó el presupuesto en 2%, a pesar de tratarse de un departamento que, debido a su situación geográfica, presenta dificultades para el desplazamiento del personal de salud en las visitas domiciliarias y de los ciudadanos y ciudadanas para ser atendidos en los establecimientos de salud.

Respecto al avance de ejecución presupuestal del Programa Articulado Nutricional, en el Cuadro N° 6 se observa que a la fecha de corte del presente informe (25 de setiembre del presente año), los Gobiernos Regionales de Amazonas, La Libertad, Madre de Dios y Pasco, ejecutaron menos del 60% de su presupuesto, siendo precisamente los mismos departamentos, exceptuando Amazonas, los que, en el 2017, registraron el menor porcentaje de ejecución presupuestal del Programa Articulado Nutricional.

En el caso de los Gobiernos Regionales de Madre de Dios y Pasco, es preocupante que año a año presenten un bajo nivel de ejecución presupuestal, sobre todo considerando que, según los resultados Endes 2017, registran 57.3% y 58% de niños y niñas menores de tres (3) años con anemia en sus territorios. Asimismo, en el caso del Gobierno Regional de La Libertad, preocupa el bajo nivel de ejecución presupuestal, puesto que se ha registrado un incremento de seis (6) puntos porcentuales de niños y niñas con anemia, pasando de 35.7% en el 2016 a 41.8% en el 2017.

CUADRO N° 6
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL 2018
GOBIERNOS REGIONALES

Departamento	% Niños/as < 3 años con anemia 2017	Comparación porcentual de los niños/as con anemia con el año 2016	Nº menores de 3 años con anemia	2017 PIM	% Avance 2017	2018 PIM	% Avance 2018 (*)	Incremento presupuestal 2018
TOTAL	43.6	0	172,996	1,407,939,483	94.0	1,542,100,197	66.4	10%
Amazonas	51.2	6.6	13,126	49,980,395	96.1	78,849,576	47.4	58%
Ancash	42.8	1.5	27,652	62,284,807	94.1	71,634,618	71.5	15%
Apurímac	54.2	0.7	15,904	60,251,848	97.6	62,098,654	70.2	3%
Arequipa	34.2	-10.3	21,195	45,724,545	96.7	49,972,697	71.2	9%
Ayacucho	48.3	-4.5	21,981	84,955,335	95.9	89,399,780	70.1	5%
Cajamarca	37.6	7.3	33,398	106,051,715	97.2	117,258,518	68.8	11%
Provincia Constitucional del Callao	32.4	-11.4	14,988	29,354,931	94.2	31,923,285	70.4	9%
Cusco	55.3	-1.3	40,130	71,842,712	94.8	70,953,170	70.7	-1%
Huancavelica	54.7	-3.4	21,566	90,466,963	90.4	85,188,206	69.5	-6%
Huánuco	44.7	-2.3	24,558	70,335,476	96.5	81,270,599	69.8	16%
Ica	40.5	-0.6	16,123	35,128,496	96.6	38,530,648	69.1	10%
Junín	53.3	-2.6	45,568	57,792,843	95.1	63,184,122	66.2	9%
La Libertad	41.8	6.1	42,050	112,525,958	83.7	140,554,558	46.8	25%
Lambayeque	37.6	-0.7	23,973	40,164,515	92.5	41,517,726	69.4	3%
Lima	34.5	-0.2	54,731	57,027,173	97.4	59,954,700	68.4	5%
Loreto	61.5	0.8	40,115	63,296,980	96.8	62,247,814	80.4	-2%
Madre de Dios	57.3	1.7	4,410	12,410,100	86.8	12,953,366	56.3	4%
Moquegua	37.2	-0.9	2,960	30,615,236	88.1	29,570,508	72.7	-3%
Pasco	58	-2.6	10,823	23,624,175	88.5	24,417,015	56.1	3%
Piura	42.3	-0.5	46,135	77,146,102	96.1	85,437,559	70.4	11%
Puno	75.9	0	65,301	85,232,771	97.0	94,459,425	66.7	11%
San Martín	50.7	2.4	24,073	48,790,172	90.0	53,007,319	68.0	9%
Tacna	37	1.9	6,143	30,758,670	94.1	35,288,106	66.2	15%
Tumbes	48	-2	5,691	18,814,481	96.3	19,559,988	74.7	4%
Ucayali	59.1	2	15,482	43,363,084	93.1	42,868,240	72.4	-1%

Fuente: Consulta amigable del MEF (25 de setiembre del 2018).

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

(*) Corte al 25 de setiembre del 2018

3.3.2. Intervención de los establecimientos de salud

La Defensoría del Pueblo supervisó, en 204 establecimientos de salud del primer nivel de atención, la ejecución de las actividades estratégicas propuestas en los planes regionales, conforme al siguiente detalle:

CUADRO N° 7
N° DE EESS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SUPERVISADOS

Amazonas	6
Áncash	10
Apurímac	8
Arequipa	10
Ayacucho	9
Cajamarca	8
Callao	4
Cusco	17
Huánuco	12
Ica	10
Junín	10
La Libertad	14
Lambayeque	10
Lima	16
Loreto	15
Madre de Dios	2
Moquegua	2
Pasco	3
Piura	10
Puno	12
San Martín	10
Tacna	2
Tumbes	2
Ucayali	2
Total general	204

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En cada establecimiento de salud supervisado, se recabó información sobre los siguientes aspectos:

- a) Conocimiento de la Norma Técnica de Salud para el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Niñas, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas

En abril del 2017, se aprobó la Norma Técnica “Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños/as, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”⁶⁸, de aplicación obligatoria a nivel nacional en todos los establecimientos del sector salud, Seguro Social de Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, clínicas y otros establecimientos del sector privado.

Esta norma contiene disposiciones específicas respecto a los criterios de diagnóstico, prevención y tratamiento de la anemia, así como del monitoreo y seguimiento, las cuales difieren de las contenidas en la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención,⁶⁹ publicada en el 2015. Cabe precisar que esta norma del 2015 no ha sido derogada explícitamente por la nueva normativa, lo que podría estar generando confusión entre el personal de salud.

Una de las diferencias entre estos documentos normativos es lo relacionado a las medidas preventivas contra la anemia, ya que mientras la norma técnica del 2017 indica realizar el dosaje de hemoglobina para descartar anemia cada seis meses desde los seis (6) meses de edad hasta los dos años, la Guía de Práctica Clínica del 2015 (GPC 2015) solo contempla este dosaje cada año.

Otra diferencia se encuentra en lo que respecta al tratamiento, ya que la norma técnica del 2017 menciona que apenas se diagnostique a algún menor con anemia –sea leve, moderada o grave–, se debe empezar el tratamiento con sulfato ferroso en gotas o jarabe; mientras la GPC del 2015 sostiene que para los casos de anemia leve se puede continuar solo con los micronutrientes.

[68] Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 250-2017/Minsa y modificaciones.

[69] Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 028-2015/Minsa.

Asimismo, en lo referido a la periodicidad del seguimiento, la norma técnica del 2017 menciona que este debe realizarse a los tres (3) meses, seis (6) meses y al año, en cualquier tipo de anemia; mientras que la GPC del 2015 menciona que el seguimiento de los casos de anemia leve debe realizarse a los seis (6) meses y al año de iniciado el tratamiento.

CUADRO N° 8
CUADRO COMPARATIVO

Tema	GPC 2015	Norma Técnica 2017
Ámbito de aplicación	Obligatorio cumplimiento en EESS del primer nivel de atención dependientes del Minsa y gobiernos regionales. Referencial para EsSalud, privados y otros.	Obligatorio cumplimiento en todos los EESS del sector salud, incluyendo EsSalud, privados y otros.
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> - El dosaje de hemoglobina para descartar anemia se hace a los seis (6) meses, luego cada año. - Uso de gotas de sulfato ferroso solo en prematuros. - Uso de micronutrientes desde los seis (6) meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dosaje de hemoglobina para descartar anemia se hace a los seis (6) meses y hasta los dos (2) años, cada seis (6) meses. - Uso de gotas de sulfato ferroso a todos desde los cuatro (4) meses de edad hasta los seis (6) meses, luego empezar con los micronutrientes.
Diagnóstico	No considera valores de hemoglobina para diagnóstico de anemia en niños mayores de 36 meses de edad.	Considera también valores de hemoglobina para diagnóstico de anemia en niños/as de más de tres (3) años, adolescentes, gestantes y púerperas.
Tratamiento	En niños con diagnóstico de anemia leve se usa como tratamiento el micronutriente.	El micronutriente solo es para la prevención. Cuando la persona ya tiene anemia se usa el sulfato ferroso ya sea en gotas o jarabe.
Seguimiento	El control de la anemia leve es a los seis (6) meses y al año de iniciado el tratamiento.	El control de todo tipo de anemia es a los tres (3) meses, seis (6) meses y al año.

Fuente: Guía de Práctica Clínica 2015 y Norma Técnica de Salud 2017
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En este contexto, la Defensoría del Pueblo verificó, entre el personal asistencial de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, el nivel de conocimiento sobre la existencia de la norma técnica del 2017 y sobre su contenido, encontrando que el 95% de los funcionarios entrevistados manifestó que estaban informados sobre la existencia de esta norma.

Sin embargo, cuando se les preguntó sobre las principales diferencias entre ambas normas, el 4% manifestó que desconocía las diferencias y el 1% no recordaba estas. Solo el 56% respondió conocer que existían modificaciones relacionadas a las medidas preventivas, 53% en lo que respecta al tratamiento y 22% en lo referido al seguimiento.

Ante estos resultados, es urgente reforzar la difusión de la norma del 2017 y su contenido, entre el personal de salud, especialmente entre aquellos que tienen a su cargo la atención de los menores de edad y las gestantes.

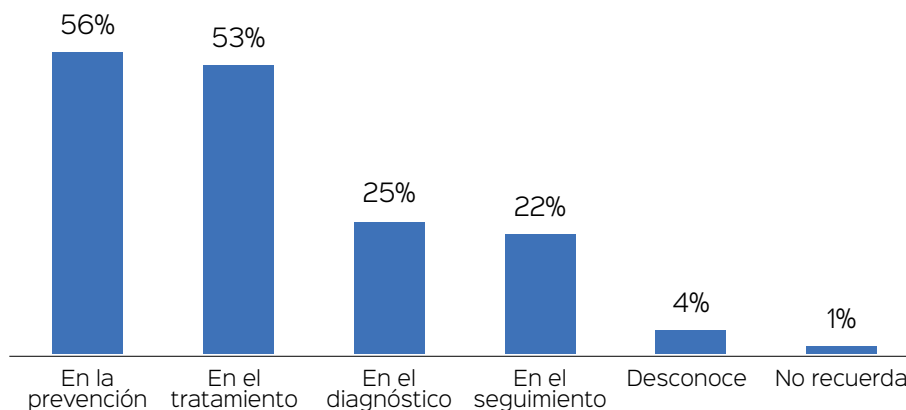
Asimismo, se observa que, a pesar del tiempo transcurrido desde la publicación de la nueva norma técnica (abril de 2017), los establecimientos de salud, no han podido identificar la debilidad institucional de desconocimiento de la misma por parte del personal.

Por ejemplo, en la Micro Red de Perené de La Merced, el entrevistado señaló que: *“Aun no se aplica la normativa porque no cuentan con el memorándum y no se ha coordinado con la Coordinadora del Programa Articulado Nutricional de la Red de Salud de Chanchamayo”*. A pesar de haber transcurrido más de un año desde la aprobación de la norma técnica, esperar la existencia de un documento administrativo para implementar acciones en bienestar de los niños y niñas, muestra el poco compromiso del personal de salud en la lucha contra la anemia, en una jurisdicción en la que el 53.3%⁷⁰ de niños y niñas menores de tres (3) años padece de esta enfermedad.

Es necesario mencionar que de nada sirve establecer desde el gobierno nacional estrategias de intervención contra la anemia, si en la práctica estas son desconocidas.

[70] Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses con anemia de la región Junín según Endes 2017.

GRÁFICO N° 9
CONOCIMIENTO SOBRE LAS DIFERENCIAS ENTRE LA NORMA TÉCNICA
DE SALUD DE 2017 Y LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE 2015



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSARE), la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVCI) y el Instituto Nacional de Salud (INS), a través de su Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (Cenan), son responsables de la asistencia técnica a los gobiernos regionales para la aplicación, monitoreo y supervisión del cumplimiento de esta norma, de acuerdo a sus competencias.

Por otro lado, las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud son responsables de la difusión de esta norma en sus jurisdicciones, así como la organización, supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios de salud de su jurisdicción, para garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas.

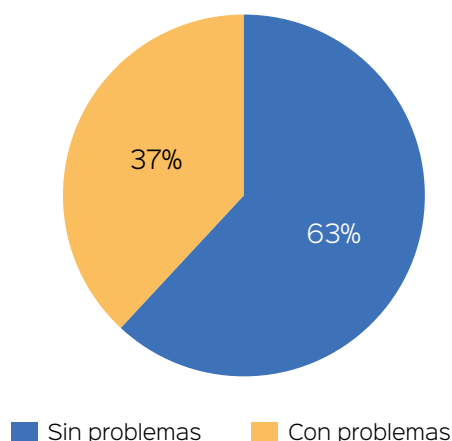
De igual manera, la Dirección o Jefatura de cada Red de Salud o establecimiento de salud, en todos los niveles de atención, son responsables de la implementación y cumplimiento de esta norma.

En consecuencia, se requiere que desde el Ministerio de Salud se fortalezcan los espacios de coordinación con los gobiernos subnacionales, para lograr la adecuada difusión de las normativas vigentes o sus modificaciones, entre el personal a cargo de su implementación.

b) Desarrollo de las acciones de lucha contra la anemia

Otro aspecto abordado en la supervisión fue el relacionado a las dificultades que, a decir del personal de salud, se han presentado al momento de implementar las acciones de lucha contra la anemia. Al respecto, el 37% del personal entrevistado señaló que tuvo problemas para aplicar la Norma Técnica del 2017: “Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños/as, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”.

GRÁFICO N° 10
DIFICULTADES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN NACIONAL
PARA LA REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA

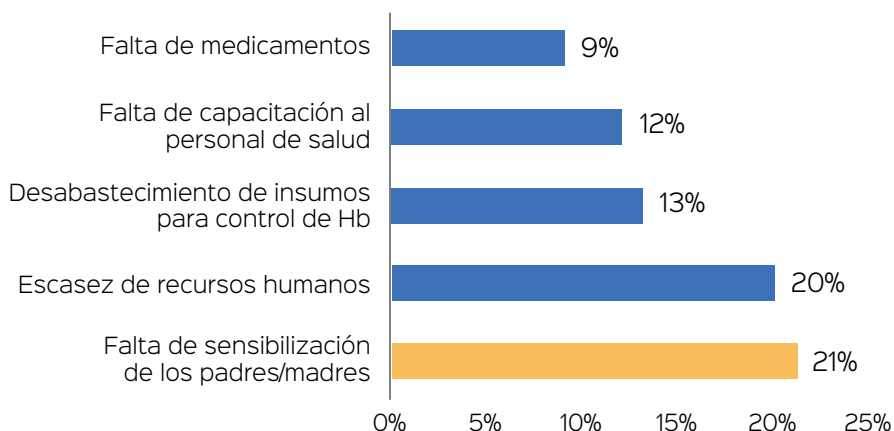


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Entre estas dificultades, el 20% del personal entrevistado identificó como la principal dificultad la escasez de recursos humanos para cumplir con las acciones dispuestas, el 13% el desabastecimiento de insumos para el control de la hemoglobina, el 12% la falta de capacitación del personal de salud y el 9% la falta de medicamentos.

Sumado a ello, el 21% del personal de salud entrevistado, señaló que la falta de sensibilización de los padres/madres de familia constituye una barrera para enfrentar la enfermedad de la anemia infantil.

GRÁFICO N° 11
DIFICULTADES PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES
DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

La sensibilización de los padres de familia es un aspecto fundamental en la lucha contra la anemia infantil. Si no se logra que los adultos responsables del cuidado de los menores realicen cambios de conducta en relación al cuidado de su salud y alimentación sana, las intervenciones por parte del Estado terminarán aportando solo resultados momentáneos, sin generar el impacto necesario en la población.

Es imprescindible que los padres y madres de familia participen activamente en las diversas acciones para la lucha contra la anemia, ya que no solo son los responsables de brindarle a los menores los productos preventivos (micronutrientes), así como los medicamentos de tratamiento contra la anemia (sulfato ferroso en gotas o jarabe), sino que son los que hacen frente a la enfermedad, a través de la alimentación adecuada y de calidad, que incluye alimentos ricos en hierro que deben ser consumidos tanto en la etapa preventiva como cuando ya tienen la enfermedad.

Para ello, es necesario fortalecer las actividades de sensibilización dirigidas a las personas responsables del cuidado de los menores (madres, padres, abuelos/as, tíos/as u otros) con un enfoque intercultural, que permitan calar en la importancia de la prevención de la anemia y generar confianza en el tratamiento. De lo contrario, todo esfuerzo realizado no alcanzará a la prevención y reducción de la anemia.

Por ejemplo, en el Centro de Salud Techo Obrero del Cusco, el personal de salud entrevistado señaló que *“Las mamás no quieren que les pinchen a sus hijos, creen que haciéndolo se van a desnutrir. Los papás prohíben a las mamás que sus niños les saquen sangre”*. Esta declaración muestra que la existencia de creencias o prejuicios en algunas zonas de nuestro país, está dificultando el desarrollo de algunas de las actividades planificadas de lucha contra la anemia, lo que es necesario revertir.

Vinculada a las dificultades en la sensibilización de los responsables del cuidado de los menores, la escasez de recursos humanos en los establecimientos de salud agrava la situación, ya que afecta directamente la realización de las actividades dirigidas a lograr la sensibilización de los padres y madres de familia, como son las consejerías, charlas demostrativas y las visitas domiciliarias, las mismas que no se pueden realizar debido a que el personal de salud disponible tiene que dedicarse a la atención recuperativa en los consultorios externos del establecimiento.

Esta situación ha provocado muchas veces que estas actividades importantes de sensibilización sean asignadas a personal que no se encuentra debidamente capacitado, dando como resultado la realización de intervenciones de baja calidad.

Igual de importante es considerar que toda política social, para su éxito, exige la participación activa y a todo nivel de la población involucrada. Es por ello que, desde la Defensoría del Pueblo consideramos que se deben adoptar medidas inmediatas para revertir esta situación y lograr verdaderos resultados de impacto en la lucha contra la anemia infantil.

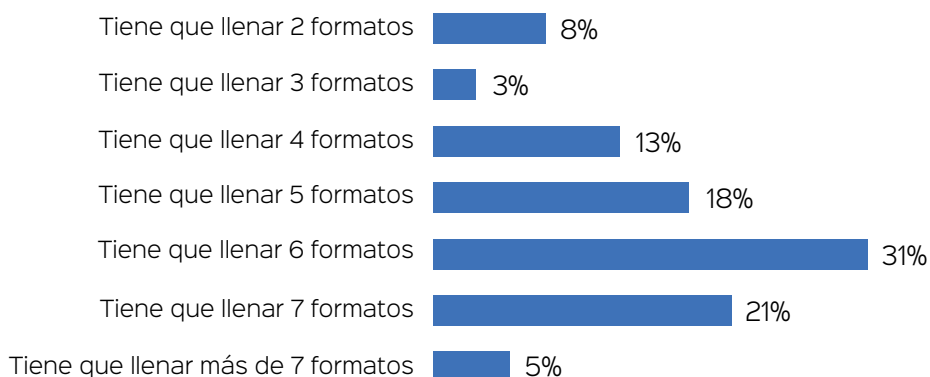
Por otro lado, en un 13% de los establecimientos de salud supervisados, se señaló que tenían problemas con el abastecimiento de insumos y reactivos, lo cual podría limitar la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad en los niños y niñas.

Asimismo, el 12% el personal de salud entrevistado, identificó como una dificultad la poca capacitación que ha recibido el personal de salud sobre el contenido de la nueva norma técnica. Por ejemplo, en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza de Junín se indicó que presentaban dificultad con los *“niños que no cuenta con el SIS y que ellos tienen que abonar por los medicamentos del tratamiento”*. Esta afirmación refleja el

poco conocimiento de parte del personal de salud en relación a la gratuidad del tratamiento.⁷¹

Finalmente, un problema administrativo detectado, que dificulta la prevención y control de la anemia, es la gran cantidad de formatos que tiene que llenar el personal de salud por cada menor atendido. Al respecto, más del 50% de los profesionales entrevistados señalaron que tienen que llenar de seis (6) formatos a más por cada atención de salud, lo que deviene en una sobrecarga innecesaria de labor administrativa, ya que muchas veces la información consignada es la misma, pero en diferentes formatos.

GRÁFICO N° 12
N° DE FORMATOS QUE LLENAN LOS PROFESIONALES
QUE ATIENDEN A LOS NIÑOS Y NIÑAS CON ANEMIA



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En tal sentido, es necesario que se integre la información estadística en un solo sistema informatizado, de manera que la información sea confiable y pueda estar al acceso de las autoridades y decisores de políticas.

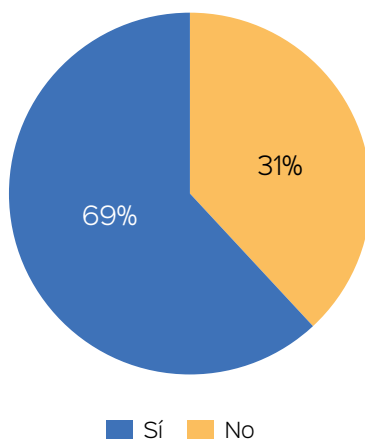
[71] El subnumeral 5.6 de la Norma Técnica – Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas, aprobada por RM N° 250-2017-Minsa, denominado Adquisición de Suplementos de Hierro y Micronutrientes, establece lo siguiente: “Los suplementos de hierro y micronutrientes requeridos tanto para el manejo preventivo como el tratamiento terapéutico de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas serán financiados y adquiridos por el Ministerio de Salud para toda la población que así lo requiera; sin discriminación de su afiliación o no a seguro alguno. La entrega de suplementos de hierro y micronutrientes es gratuita”.

c) Plan de acciones y actividades programadas de lucha contra la anemia

Para la implementación de la vigente Norma Técnica de Control y Reducción de la Anemia, es necesario que las acciones propuestas se organicen en un plan de acción del propio establecimiento de salud, en el que se cuente también con metas e indicadores para realizar el monitoreo y evaluación respectivo.

A pesar de esta premisa, que puede resultar obvia para cualquier gestor, se advirtió que en el 31% de los establecimientos de salud visitados no se contaba con un plan de acciones y actividades programadas para la lucha contra la anemia, en concordancia con dicha normativa. Este hallazgo, constituye una debilidad importante en la cadena de intervenciones programadas desde el nivel central y refleja también el poco compromiso que se le está dando a la lucha contra esta enfermedad a nivel de los establecimientos de salud.

GRÁFICO N° 13
¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON UN PLAN VIGENTE PARA LA REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

d) Trabajo conjunto con instituciones y promotores

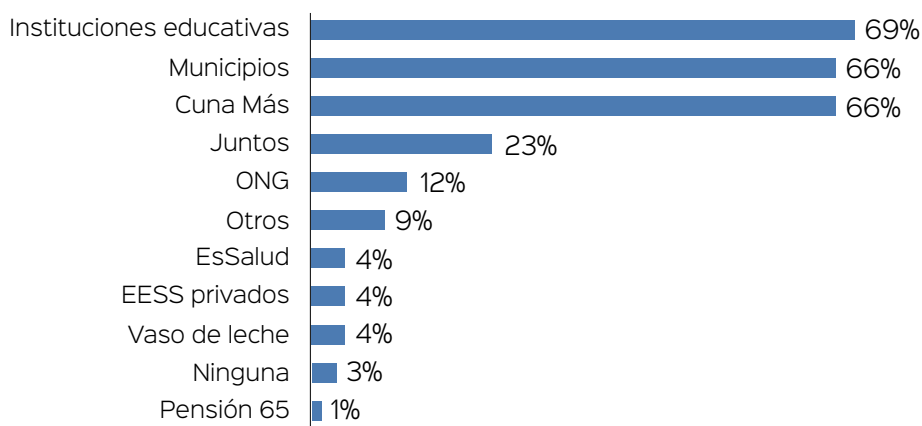
La lucha contra la anemia requiere de la participación no solo del sector salud, sino de diversos actores que contribuyan con las acciones

de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, para que este grave problema de salud pública pueda ser correctamente abordado, considerando su multicausalidad.

En los planes contra la anemia infantil elaborados por el Minsa y por el Midis, se menciona a los distintos aliados estratégicos que deberían participar activamente en las acciones para combatir la anemia, entre ellos se encuentran las autoridades locales, los padres y madres de familia, los vigilantes comunales, los operadores sectoriales, los docentes, los prestadores privados de salud y EsSalud, los colegios profesionales y los representantes sectoriales del Midis y de los programas sociales como Juntos, Cuna Más, así como los medios de comunicación, ONG, agencias cooperantes, entre otros.

Respecto a las instituciones con las que coordinan los establecimientos de salud supervisados, para realizar las acciones de lucha contra la anemia el 69% de los entrevistados identificó a las instituciones educativas como aliados estratégicos, el 66% a los municipios y el 66% al programa social Cuna Más. Por otro lado, solo un 4% señaló que se coordina con EsSalud y con establecimientos privados, situación que requiere de un cambio, toda vez que el 23.7% de menores de tres (3) años se atiende en EsSalud.⁷²

GRÁFICO N° 14
INSTITUCIONES CON LAS QUE TRABAJAN TEMAS RELACIONADOS
A LA ANEMIA



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

[72] Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, aprobado mediante Decreto Supremo N° 068-2018-PCM, página 13.

Situación especial es la del Programa Cuna Más, creado mediante el Decreto Supremo N° 003-2012-Midis, y que tiene por finalidad brindar atención integral a las niñas y los niños menores de 36 meses de edad, en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema, a través de dos modalidades de intervención:

- Cuidado diurno: que brinda un servicio integral a las niñas y los niños de entre seis (6) a 36 meses de edad, que requieren de atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades.
- Acompañamiento a familias: que se realiza mediante visitas a hogares y sesiones grupales con madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses y sus familias en los Centros Cuna Más de Acompañamiento a Familias, acondicionados por el Programa, para mejorar los conocimientos y prácticas de las familias en el cuidado y aprendizaje infantil.

Según información brindada por el Midis⁷³ la presencia del Programa Cuna Más a nivel nacional es la siguiente:

[73] Disponible en Repositorio Digital de información – Midis: <http://sdv.Midis.gob.pe/redinforma/reporte/rptmiregion.aspx?tkn=v/TDaMjVMDgnD19n+3h+og==#no-back-button> (Consulta efectuada el 09 de noviembre de 2018).

CUADRO N° 9
PRESENCIA DEL PROGRAMA CUNA MÁS A NIVEL NACIONAL

Departamento	Número de familias en el servicio de acompañamiento de familias	Número de niños/as en el servicio de cuidado diurno	Porcentaje de niñas/os de 6-36 meses con anemia al 2017(*)
Lima	55	8877	34.50%
Lima Metropolitana	0	5561	33.30%
Apurímac	5954	3688	54.20%
Arequipa	0	3591	34.20%
Ancash	5803	3442	42.80%
Lima región	55	3316	43.90%
Junín	4630	3143	53.30%
Ayacucho	8601	3061	48.30%
Puno	6277	3003	75.90%
Piura	5643	2832	42.30%
Cusco	9282	2675	55.30%
Huancavelica	6300	2504	54.70%
Ucayali	1945	1859	19.40%
Cajamarca	17584	1856	37.60%
Tacna	0	1809	37.00%
Loreto	8382	1788	61.50%
Lambayeque	1173	1783	37.60%
Ica	0	1763	40.50%
La Libertad	7327	1626	41.80%
Tumbes	0	1499	46.80%
Pasco	1579	1409	58.00%
San Martín	2278	1370	50.70%
Huánuco	9800	1229	44.70%
Callao	0	977	32.40%
Amazonas	4736	872	51.20%
Moquegua	0	783	37.20%
Madre de Dios	990	35	57.30%

Fuente: Datos Repositorio Digital de información - Midis

Elaboración: Defensoría del Pueblo

(*) El sombreado en rojo indica aquellos departamentos en los que el porcentaje de niñas y niños afectados por la anemia no ha reducido en comparación con el año 2016. En color verde están sombreados aquellos donde se redujo la anemia.

Como podemos observar en el Cuadro N° 9, en las jurisdicciones de Lima región, Lima Metropolitana y Apurímac, se cuenta con el mayor número de niñas y niños en servicio de cuidado diurno de Cuna Más. Sin embargo, en estos territorios, los porcentajes de menores afectados por la anemia para el año 2017 no han mejorado en comparación con el año 2016. Ello denota que, siendo Cuna Más un potencial aliado para combatir la anemia, debido a su posibilidad de llegar a las familias o de atender directamente a los menores, es necesario fortalecer su funcionamiento y ampliar su ámbito de intervención a zonas con mayor incidencia de anemia infantil, para que pueda contribuir significativamente en el objetivo de reducir la anemia infantil.

Por otro lado, conforme lo hemos señalado en párrafos precedentes, una de las principales dificultades que presentan los profesionales de la salud para la implementación de las acciones de lucha contra la anemia, es la escasez de recursos humanos.⁷⁴ Por lo tanto, la participación de los agentes comunitarios como promotores de salud constituye una estrategia importante en la labor preventiva de la anemia infantil.

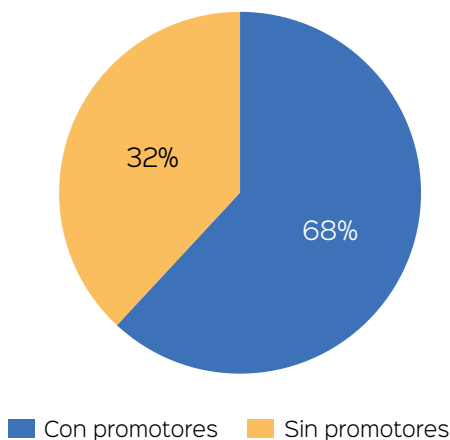
Los agentes comunitarios de salud son personas elegidas o reconocidas por su comunidad, que realizan acciones voluntarias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación con el personal de la salud y otras instituciones,⁷⁵ por lo que su participación activa en la lucha contra la anemia es necesaria.

Sin embargo, conforme se puede observar en el Gráfico N° 15, en la supervisión de la Defensoría del Pueblo se advirtió que casi una tercera parte (32%) de establecimientos de salud del primer nivel de atención no cuentan con promotores de salud.

[74] Según lo señalado por los profesionales de la salud entrevistados por la Defensoría del Pueblo.

[75] Según lo señalado en la Ley 30825, Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud.

GRÁFICO N° 15
PORCENTAJE DE EESS QUE TRABAJAN CON PROMOTORES DE SALUD



Fuente y Elaboración: Defensoría del Pueblo

3.3.3. Intervención municipal

El enfoque de gestión territorial, como hemos advertido, demanda que a nivel municipal exista una participación activa de los alcaldes como líderes locales con la misión de implementar las políticas nacionales/regionales/locales de manera articulada y conforme a la realidad de su jurisdicción.

Según el Plan del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), para contribuir con la reducción de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses, los gobiernos locales deben realizar, de manera coordinada con los gobiernos regionales, acciones en su jurisdicción que contribuyan con la entrega de los paquetes de servicios integrados en gestantes, niñas y niños menores de 36 meses, así como realizar acciones para la mejora tanto en el acceso de agua y saneamiento como en el fortalecimiento de la vigilancia y participación comunitaria.

Asimismo, el Midis ha propuesto mecanismos de incentivo no monetarios para los gobiernos locales a través del “Premio Nacional Sello Municipal Incluir para Crecer”, que tiene por objetivo orientar las intervenciones de los gobiernos locales hacia las prioridades de política social como el desarrollo infantil temprano.

Considerando lo señalado, la Defensoría del Pueblo entrevistó a los Gerentes de Desarrollo Social y Económico y a funcionarios encargados de las Áreas Técnicas de Agua y Saneamiento de 74 municipalidades (27 provincia-

les y 47 distritales) en cuya jurisdicción se encontraban los establecimientos de salud supervisados, con el objetivo de recabar información en relación a su participación en la lucha contra la anemia.

CUADRO N° 10
MUNICIPALIDADES SUPERVISADAS

N°	DPTO.	TIPO DE MUNICIP.	MUNICIPALIDAD	N°	DPTO.	TIPO DE MUNICIP.	MUNICIPALIDAD
1	Amazonas	Provincial	Utcubamba	38	Lima	Distrital	Hualmay
2	Áncash	Distrital	Independencia	39	Lima	Distrital	Carabayllo
3	Apurímac	Provincial	Abancay	40	Lima	Distrital	La Molina
4	Arequipa	Provincial	Condesuyos	41	Lima	Distrital	La Victoria
5	Ayacucho	Distrital	Santillana	42	Loreto	Provincial	Putumayo
6	Ayacucho	Distrital	Carmen Salcedo de Andamarca	43	Loreto	Distrital	San Juan Bautista
7	Ayacucho	Distrital	Lucanas	44	Loreto	Provincial	Requena
8	Ayacucho	Provincial	Huamanga	45	Loreto	Distrital	Napo
9	Cajamarca	Distrital	Bellavista	46	Loreto	Provincial	Maynas
10	Cajamarca	Provincial	Jaén	47	Loreto	Distrital	Mazan
11	Cajamarca	Provincial	Cajamarca	48	Loreto	Provincial	Nauta
12	Callao	Distrital	Paramonga	49	Loreto	Distrital	Fernando - Tamshiyacu
13	Cusco	Distrital	Wanchaq	50	Loreto	Distrital	Punchana
14	Cusco	Provincial	La Convención	51	Loreto	Distrital	Las Amazonas
15	Cusco	Provincial	Canchis	52	Madre de Dios	Provincial	Tambopata
16	Huancavelica	Provincial	Huancavelica	53	Moquegua	Provincial	Mariscal Nieto
17	Huánuco	Provincial	Huamalies	54	Pasco	Provincial	Pasco
18	Huánuco	Distrital	Ripán	55	Piura	Provincial	Piura
19	Huánuco	Distrital	Castillo Grande	56	Puno	Distrital	Acora
20	Huánuco	Provincial	Pachitea	57	Puno	Distrital	Atuncolla
21	Huánuco	Distrital	San Rafael	58	Puno	Distrital	Capachica
22	Huánuco	Provincial	Yarowilca	59	Puno	Distrital	Chucuito
23	Huánuco	Distrital	Baños	60	Puno	Distrital	Coata
24	Huánuco	Distrital	Sta. María del Valle	61	Puno	Distrital	Mañazo
25	Ica	Distrital	Santiago	62	Puno	Distrital	Pichacani
26	Junín	Provincial	Huancayo	63	Puno	Provincial	Puno
27	La Libertad	Provincial	Gran Chimú	64	San Martín	Provincial	San Martín
28	La Libertad	Distrital	El Porvenir	65	San Martín	Distrital	Morales
29	La Libertad	Distrital	Calamarca	66	San Martín	Distrital	Cacatachi
30	La Libertad	Distrital	Cachicadan	67	San Martín	Distrital	Juan Guerra
31	La Libertad	Distrital	Carabamba	68	San Martín	Distrital	Chazuta
32	La Libertad	Distrital	Agallpampa	69	San Martín	Provincial	El Dorado
33	La Libertad	Distrital	Quiruvilca	70	San Martín	Distrital	Jepelacio
34	La Libertad	Distrital	Pacanga	71	San Martín	Distrital	Soritor
35	La Libertad	Distrital	Pueblo Nuevo	72	San Martín	Distrital	Pongo del Caynarachi
36	La Libertad	Distrital	Chicama	73	Tacna	Provincial	Tacna
37	La Libertad	Distrital	Huanchaco	74	Ucayali	Provincial	Padre Abad

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En la entrevista con los funcionarios municipales, se tomó conocimiento sobre los siguientes aspectos:

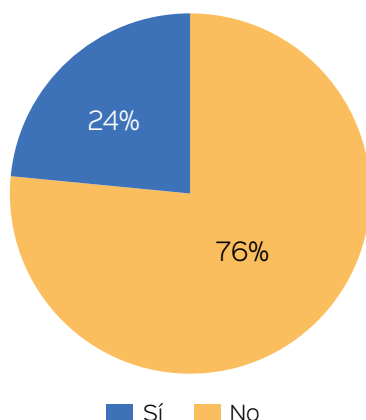
- a) Ordenanzas Municipales y Planes locales de lucha contra la anemia

Un punto de partida importante por parte de los gobiernos locales, es la manifestación pública sobre el compromiso de la gestión edil, la cual se materializa mediante la emisión de ordenanzas municipales que declaran como prioridad la lucha contra la anemia infantil.

La importancia de estas declaraciones normativas, es recogida en el Plan del Midis para la reducción de la anemia, en el cual se menciona que los gobiernos locales se involucran en la lucha contra la anemia mediante la aprobación de ordenanzas que la declaran como prioridad en el distrito. Asimismo, se indica que, en nueve (9) departamentos, el 100% de sus distritos han emitido estas ordenanzas.

Al respecto, de las 74 municipalidades supervisadas, el 76% refirió no contar con una ordenanza municipal, mientras que solo el 24% manifestó contar con este documento en el que se declara como prioridad la lucha contra la anemia infantil.

GRÁFICO N° 16
¿SE HAN EMITIDO ORDENANZAS MUNICIPALES QUE DECLARAN
COMO PRIORIDAD LA LUCHA CONTRA LA ANEMIA?

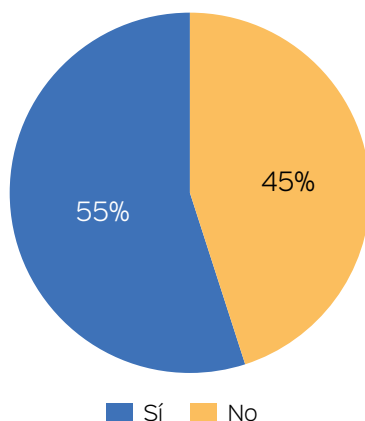


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Otro aspecto sobre el cual se indagó en los municipios fue si las acciones de lucha contra la anemia en su jurisdicción estaban contenidas en un plan de acción local, en el contexto de sus funciones y responsabilidades. Sobre el particular, solo el 55% de los Municipios manifestó contar con un plan local y 45% refirió que no lo tenían.

Al igual que con los planes regionales, el desarrollo de planes locales de lucha contra la anemia es esencial para organizar intervenciones eficaces y eficientes, que además permitan realizar un adecuado monitoreo, con el debido seguimiento y evaluación de las mismas y, en ese sentido, reflejarían el real compromiso de las autoridades con la salud de los niños y niñas.

GRÁFICO N° 17
¿LA MUNICIPALIDAD CUENTA CON UN PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

b) Padrón nominal local de niñas y niños

Una de las intervenciones complementarias para reducir la anemia propuesta en el Plan del Midis,⁷⁶ es la construcción del Padrón Nominal de niñas y niños menores de seis (6) años, que es un registro geo referenciado y sectorizado. Este contiene información de la población de meno-

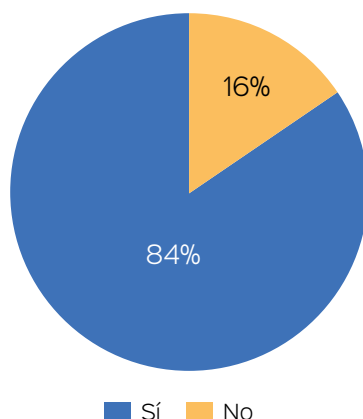
[76] Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y Anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017 – 2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 112-2017-Midis.

res de seis (6) años en los gobiernos locales, debiendo ser usado para las estimaciones de la población, cálculo de indicadores, coberturas y la programación de las acciones de seguimiento y evaluación de las metas físicas de los programas presupuestales en salud.⁷⁷

El soporte técnico de esta plataforma informática está a cargo de la Oficina General de Tecnologías de la Información del Minsa en coordinación con la Reniec. Mientras tanto, el recojo y la actualización de los datos se realiza a través de información proporcionada por los gobiernos locales que pueden registrar a nuevos niños y niñas. Mediante este padrón, se puede obtener el nombre, dirección, número de documento de identidad, establecimiento de salud de atención, entre otros datos, a nivel distrital e incluso de ámbitos geográficos más pequeños como sectores.

Dado que la actualización de datos de este padrón nominal está bajo responsabilidad de los gobiernos locales, se consultó sobre el cumplimiento de esta función, observándose que un 16% del personal entrevistado señaló que aún no lo han implementado y el 84% señaló que sí cuenta con un padrón nominal de menores de edad del distrito.

GRÁFICO N° 18
¿CUENTAN CON EL PADRÓN NOMINAL DE MENORES
DE TRES AÑOS DEL DISTRITO?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

[77] Resolución Ministerial N° 389-2017/Minsa que aprueba el Padrón Nominal distrital de niñas y niños menores de seis (6) años de edad.

Sobre el particular, es sumamente importante que los gobiernos locales cuenten con este Padrón Nominal, ya que es una herramienta de gestión que les permite planificar adecuadamente las intervenciones, tanto en lo referente a los recursos (económicos, humanos y materiales) como el planteamiento de metas confiables para el seguimiento y monitoreo.

- c) Coordinación intergubernamental e intersectorial en los gobiernos locales

Las causas de la anemia son múltiples y, aunque se acepta que para el caso de Perú la principal causa es la poca ingesta de alimentos con alto contenido de hierro, hay otros factores determinantes asociados que pueden agudizar el problema de la anemia infantil, como hemos mencionado anteriormente. Entre estos, se pueden citar el acceso a agua segura, alcantarillado y desagüe, servicios de salud, la presencia de enfermedades infecciosas, la pobreza, entre otros. Por ello, para abordar de manera eficaz el problema de la anemia es necesaria la confluencia de acciones con una mirada intersectorial e intergubernamental.

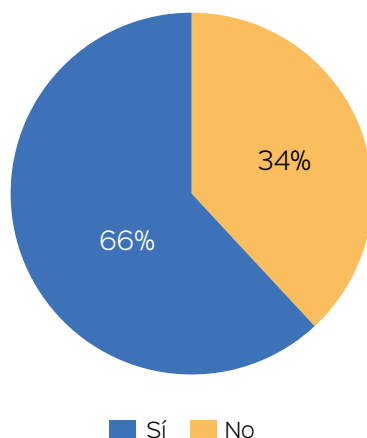
En tal sentido, en el Plan Multisectorial contra la Anemia, se propone priorizar las intervenciones del Estado usando como unidad de intervención territorial a los distritos, donde el alcalde debe liderar la implementación de las políticas sociales con la adecuación territorial y cultural necesaria. No obstante, les corresponde a las autoridades regionales de salud y gestores territoriales del Midis realizar la asistencia técnica a los municipios locales, a fin de fortalecer sus capacidades.

Así también lo establece el Plan del Minsa, que en una de sus estrategias de intervención señala la capacitación a las autoridades locales, para lograr acciones articuladas que sensibilicen a la población en la implementación de medidas para prevenir y corregir la anemia.

En la supervisión de la Defensoría del Pueblo, solo en el 66% de los municipios manifestaron haber recibido asistencia técnica por parte de las Direcciones/Gerencias Regionales de salud en el año 2017 o en el presente año. De estos, el 54% señalaron que la capacitación fue en relación a la alimentación saludable, incluyendo en algunos casos sesiones demostrativas, el 8% indicaron que se recibió capacitación sobre lavado de manos y el 42% en temas administrativos que inclu-

yó el uso del padrón nominal de niños, así como sobre las metas y la utilización de datos estadísticos.

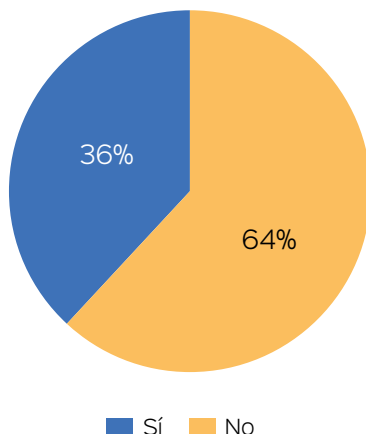
GRÁFICO N° 19
¿RECIBIERON ASISTENCIA TÉCNICA DE PARTE DE LA DIRESA / GERESA
PARA LA REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, en el Plan del Midis se establece que se trabajará coordinadamente con los gobiernos locales buscando el fortalecimiento de su gestión territorial, para priorizar acciones locales que contribuyan con la entrega de los paquetes de servicios integrados en la gestante y niña y niño menor de 36 meses, mejora en el acceso de agua y saneamiento, y fortalecimiento de la vigilancia y participación comunitaria en la prevención de la anemia. Sin embargo, solo en el 36% de los municipios manifestaron haber recibido asistencia técnica en estos temas por parte del Midis en el 2017 y el presente año, siendo las consecuencias de la anemia (48%) y la alimentación saludable (21%), los principales temas de capacitación.

GRÁFICO N° 20
¿RECIBIERON ASISTENCIA TÉCNICA DE PARTE DEL MIDIS
PARA LA REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA?

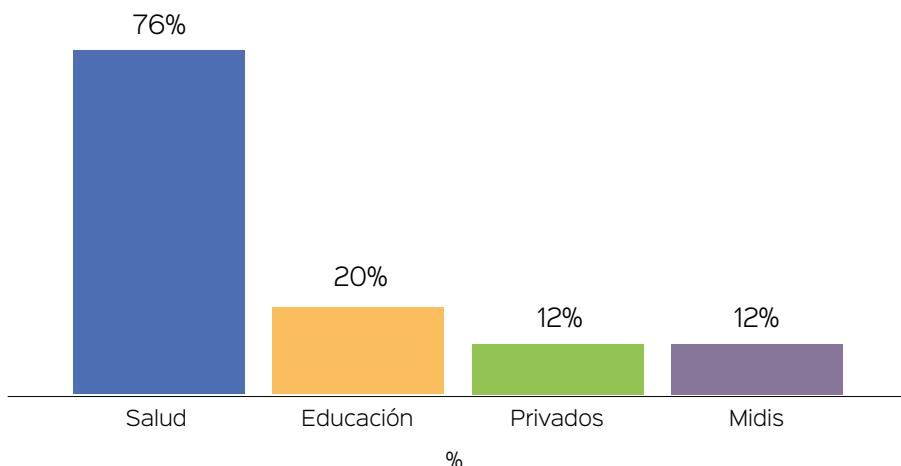


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En relación a la articulación territorial, le corresponde al alcalde, como líder local, analizar las competencias, responsabilidades, intereses y capacidades de los diferentes actores públicos, privados y de la sociedad civil presentes en el distrito para lograr una acción coordinada para el logro de los objetivos.

En ese contexto, se indagó sobre la existencia de convenios de cooperación interinstitucional distrital para la lucha contra la anemia. Al respecto, en el 76% de los municipios supervisados indicaron que cuentan actualmente con convenios para la realización de actividades de lucha contra la anemia con los establecimientos de salud, en el 20% con instituciones educativas, en el 12% con entidades privadas, como las organizaciones no gubernamentales, y en el 12% con el Midis.

GRÁFICO N° 21
INSTITUCIONES CON LOS QUE SE HAN FIRMADO CONVENIOS



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Si bien en el Gráfico N° 21, se observa que existe un gran porcentaje de municipios que señalan tener convenios con el sector salud, es imperativo que la totalidad de municipios empiece a trabajar coordinadamente con las direcciones regionales de salud de su departamento, tomando como referencia las experiencias positivas en aquellos departamentos donde se ha fortalecido el trabajo coordinado y articulado entre el gobierno regional y los gobiernos locales, lográndose reducir el porcentaje de niños y niñas con anemia, como en el caso de Arequipa.

d) Servicio de Agua Potable y Saneamiento

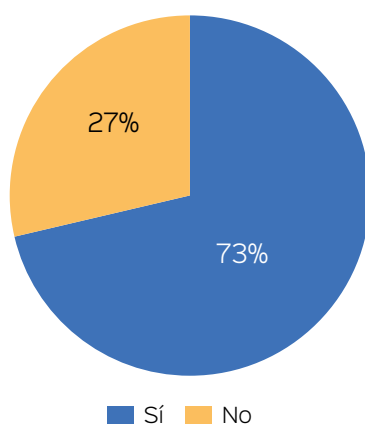
Las municipalidades tienen la función de administrar y reglamentar, directamente o por concesión, el servicio de agua potable, alcantarillado y desagüe; así como proveer los servicios de saneamiento rural en su jurisdicción, según lo establecido en el artículo 80° de la Ley Orgánica de Municipalidades.

Por ello, considerando que entre los factores determinantes que agudizan el problema de la anemia infantil están las prácticas de higiene y las condiciones de agua y saneamiento,⁷⁸ la Defensoría del Pueblo

[78] De acuerdo al Plan Multisectorial de Lucha contra la anemia, solo el 27% de las viviendas cuenta con agua clorada. Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, aprobado mediante Decreto Supremo N° 068-2018-PCM, página 13.

supervisó el funcionamiento del área técnica, o la que haga sus veces, encargada de la administración y reglamentación de los servicios de saneamiento en los municipios, encontrando que un 27% de los municipios no cuentan con un área responsable de esta función.

GRÁFICO Nº 22
¿LA MUNICIPALIDAD CUENTA CON UN ÁREA TÉCNICA PARA
LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SANEAMIENTO?

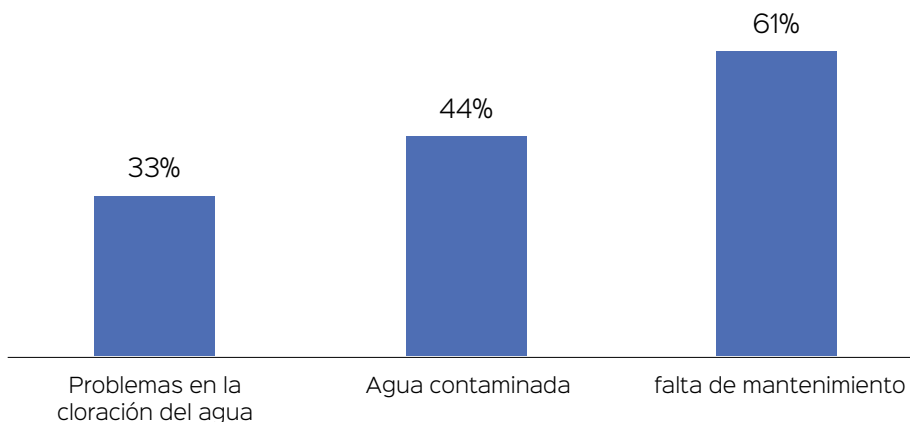


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En algunas zonas rurales, mediante proyectos de inversión pública, se han instalado sistemas de abastecimiento de agua potable que son administrados por la Junta Administradora del Servicio de Saneamiento (JASS) de la zona. Independientemente del funcionamiento de estas JASS, el municipio mantiene su responsabilidad como administrador y rector del servicio de agua, alcantarillado y desagüe.

En aquellas municipalidades en las que mencionaron la existencia de estas Juntas (22 en total), se consultó sobre los resultados de las supervisiones realizadas a las JASS, indicándose que el 61% evidenció falta de mantenimiento en los sistemas de abastecimiento de agua, el 33% problemas en la cloración de agua y el 44% encontraron agua contaminada.

GRÁFICO N° 23
HALLAZGOS EN LAS SUPERVISIONES DEL MUNICIPIO A LOS SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA A CARGO DE JASS



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

e) Presupuesto

A nivel de los gobiernos locales, también se les transfiere presupuesto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN). Sin embargo, esta transferencia, en el año 2018, no fue para el 100% de municipios, conforme se puede observar en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 11
PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL 2018
GOBIERNOS LOCALES

Departamento	Municipalidad	Tipo	PIA	PIM	Avance %
Amazonas	Utcubamba	Provincial	245,872	206,964	81.4
Áncash	Independencia	Distrital	0	0	0
Apurímac	Abancay	Provincial	56,500	6,128,758	34.7
Arequipa	Condesuyos	Provincial	83,000	283,484	86.1
Ayacucho	Santillana	Distrital	19,500	48,536	82.8
Ayacucho	Carmen Salcedo de Andamarca	Distrital	0	0	0
Ayacucho	Lucanas	Distrital	7,764	20,877	83.8
Ayacucho	Huamanga	Provincial	121,000	291,051	82.3
Cajamarca	Jaen	Provincial	134,700	292,997	77.0
Cajamarca	Bellavista	Distrital	0	12,045	74.1

Departamento	Municipalidad	Tipo	PIA	PIM	Avance %
Cajamarca	Cajamarca	Provincial	1,824,786	2,720,097	28.8
Cusco	Wanchaq	Distrital	0	0	0
Cusco	La Convención	Provincial	17,888,078	20,512,449	55.4
Cusco	Canchis	Provincial	417,900	3,540,260	84.3
Huancavelica	Huancavelica	Provincial	369,310	1,378,554	15.4
Huánuco	Humalíes	Provincial	553,325	332,538	63.6
Huánuco	Dos de Mayo	Provincial	431,500	99,200	53.9
Huánuco	Pachas	Distrital	5,000	5,000	30.4
Huánuco	Ripán	Distrital	390,000	0	0.0
Huánuco	Pachitea	Provincial	382,879	594,822	55.4
Huánuco	San Rafael	Distrital	0	8,000	25.0
Huánuco	Baños	Distrital	0	22,589	86.1
Huánuco	Santa María del Valle	Distrital	95,000	143,792	78.9
Ica	Santiago	Distrital	0	0	0
Junín	Huancayo	Provincial	136,300	1,970,041	43.6
La Libertad	Huanchaco	Distrital	0	0	0
La Libertad	Calamarca	Distrital	0	212,071	94.1
La Libertad	Carabamba	Distrital	0	0	0
La Libertad	Cachicadan	Distrital	0	0	0
La Libertad	Quiruvilca	Distrital	0	77,135	41.4
La Libertad	Agallpampa	Distrital	0	0	0
La Libertad	El Porvenir	Distrital	0	447,546	19.4
La Libertad	Paján	Distrital	20,000	18,874	14.9
La Libertad	Chicama	Distrital	21,000	21,000	9.5
La Libertad	Pacanga	Distrital	0	32,178	64.1
La Libertad	Pueblo Nuevo	Distrital	0	110,976	38.8
La Libertad	Gran Chimú	Provincial	312,000	46,572	62.7
Lima	Paramonga	Distrital	20,000	20,000	0.0
Lima	Hualmay	Distrital	0	21,000	52.2
Lima	Carabayllo	Distrital	12,490	5,000	0.0
Lima	La Molina	Distrital	0	0	0
Lima	La Victoria	Distrital	0	0	0
Loreto	Putumayo	Provincial	53,000	20,406	88.2
Loreto	San Juan Bautista	Distrital	0	0	0
Loreto	Punchana	Distrital	122,725	122,725	0.0
Loreto	Requena	Provincial	25,000	50,050	39.3
Loreto	Napo	Distrital	51,420	94,453	94.0

Departamento	Municipalidad	Tipo	PIA	PIM	Avance %
Loreto	Fernando Lores - Tamshiyacu	Distrital	119,648	111,693	97.0
Loreto	Nauta	Provincial	0	0	0
Loreto	Mazan	Distrital	0	0	0
Loreto	Maynas	Provincial	1,024,924	623,875	69.5
Loreto	Las Amazonas	Distrital	487,341	116,859	95.2
Madre de Dios	Tambopata	Provincial	83,645	241,649	45.1
Moquegua	Mariscal Nieto	Provincial	0	0	0
Pasco	Pasco	Provincial	129,552	2,445,270	81.9
Piura	Piura	Provincial	560,624	802,065	55.6
Puno	Acora	Distrital	340,000	4,410	90.2
Puno	Atuncolla	Distrital	14,000	414	100.0
Puno	Capachica	Distrital	10,000	10,000	85.0
Puno	Chucuito	Distrital	0	52,850	91.1
Puno	Coata	Distrital	0	0	0
Puno	Mañazo	Distrital	0	0	0
Puno	Puno	Provincial	679,150	417,820	61.5
San Martín	San Martín	Provincial	172,613	203,740	44.5
San Martín	Morales	Distrital	0	0	0
San Martín	Cacatachi	Distrital	11,508	6,213	0.0
San Martín	Juan Guerra	Distrital	0	1,000	100.0
San Martín	Chazuta	Distrital	0	0	0
San Martín	El Dorado	Provincial	31,548	145,358	89.8
San Martín	Jepelacio	Distrital	160,000	125,000	71.7
San Martín	Soritor	Distrital	145,000	137,205	68.7
San Martín	Caynarachi	Distrital	0	0	0
Tacna	Tacna	Provincial	0	976,912	77.5
Ucayali	Padre Abad	Provincial	40,000	0	0.0

Fuente: Consulta amigable del MEF
 Elaboración: Defensoría de Pueblo

De las 74 municipalidades visitadas, 21 (28.4%) no recibieron presupuesto del Programa Articulado Nutricional, tres (3) de las cuales fueron municipalidades provinciales: Municipalidad de Nauta en Loreto, Municipalidad Mariscal Nieto de Moquegua, y Municipalidad Padre Abad de Ucayali, las cuales pertenecen a departamentos con 61.5%, 37.2% y 59.1% de niños y niñas con anemia respectivamente.

En el Cuadro N° 11 es posible advertir que la asignación presupuestal del Programa Articulado Nutricional (PAN) a los gobiernos locales, para el año 2018, fue desde S/1,000 al distrito de Juan Guerra en San Martín, hasta los S/20 512,449 al distrito de La Convención en Cusco.

Otro aspecto saltante a nivel local, es el avance de la ejecución presupuestal, como se observa en el Cuadro N° 11, en 22 (41.5%) municipios es menos del 60%. Incluso hay 4 municipios cuyo avance de ejecución presupuestal es 0%, como en el caso de la Municipalidad de Paramonga y Carabayllo en Lima, Punchana en Loreto y Cacatachi en San Martín). Ello refleja el poco compromiso que existe para la lucha contra la anemia en estos municipios.

En virtud de lo ya señalado y considerando los resultados preliminares al 50% de la muestra, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar⁷⁹ para el año 2018, señala que el porcentaje de niñas y niños de seis (6) a 35 meses con anemia en el país ha aumentado en tres puntos porcentuales, pasando de 43,6% en el 2017 a 46.6% para el presente año⁸⁰. Así, quedaría demostrado que el uso de los recursos económicos para combatir y controlar la anemia no estaría siendo eficiente.

3.3.4. Participación a nivel de ciudadanía

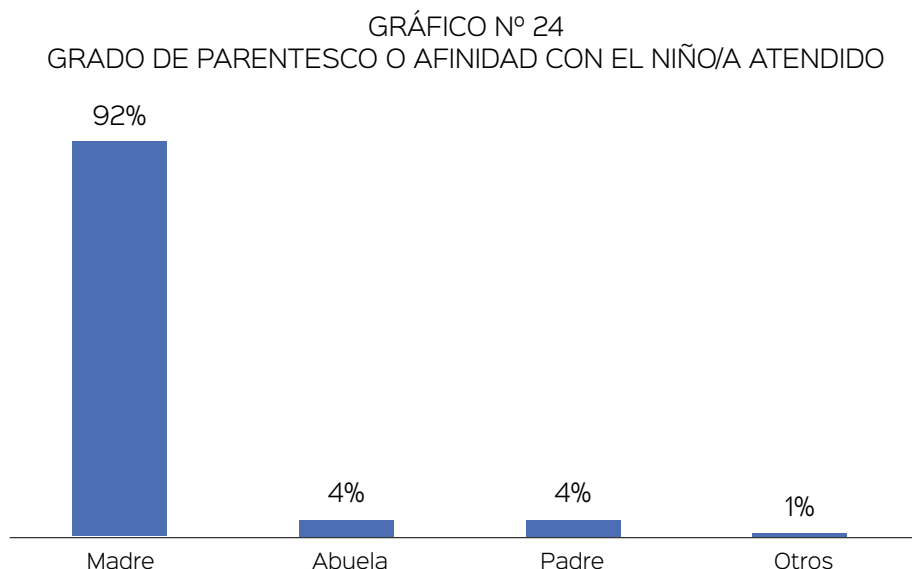
En la formulación, gestión e implementación de las políticas públicas es indispensable el involucramiento de la ciudadanía, la participación de las personas como actores principales para el desarrollo y puesta en práctica de las políticas. No basta solo examinar la eficiencia o la eficacia de una política en función de parámetros técnicos, sino que hay que analizarlas en el contexto del ejercicio de derechos y construcción de ciudadanía. La lucha contra la anemia infantil no es la excepción.

En tal sentido, es importante recoger los alcances que pueda brindar la población en relación a las múltiples acciones planteadas por el Estado de lucha contra la anemia infantil. Para este propósito, en la supervisión de la Defensoría del Pueblo se entrevistó a 399 adultos responsables del cuidado de niños/as menores de tres (3) años que se encontraban en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

[79] Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018-Resultados preliminares al 50% de la muestra.

[80] Alejándose de este modo del objetivo planteado en el Plan Multisectorial que propuso como meta reducir, al 2018, a 42% el porcentaje de anemia de niñas y niños de seis (6) a 35 meses.

Del total de responsables entrevistados, 92% fueron madres de familia, 4% fueron padres, 4% abuelas y 1% adultos con otro grado de parentesco o afinidad.



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

El 92.7% de las personas entrevistadas manifestó que había acudido al establecimiento de salud para atención del menor, el restante 7,3% indicó que se encontraba para atención de la madre u otro tipo de consulta no concerniente al niño. Esto quiere decir que existe una cantidad considerable de niños y niñas que se encontraban circunstancialmente, solo acompañando a los adultos, por lo que creemos que se debe reforzar la implementación de la Directiva Sanitaria N° 081-Minsa/2018/DGIESP que “establece pautas para optimizar el acceso a prestaciones de salud a los niños y niñas para la reducción, prevención, y control de la anemia”,⁸¹ de manera que se aproveche este potencial espacio de contacto para mejorar la cobertura de las intervenciones y no perder la oportunidad de realizarle el despistaje o tratamiento de anemia.

Para mayor confiabilidad de las personas entrevistadas, se continuó el ejercicio solo con aquellas personas que en ese momento habían lleva-

[81] Directiva Sanitaria aprobada mediante Resolución Ministerial N° 747-2018/Minsa.

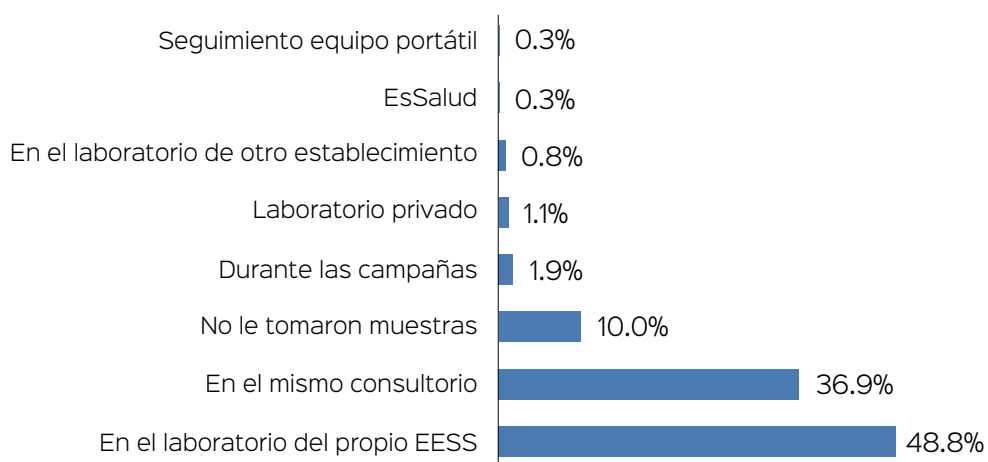
do a sus niños/as para atención de pediatría, control del niño/a sano/a o para vacunas. Los temas consultados fueron los siguientes:

a) Toma de muestra para despistaje y control de la anemia

Para conseguir que al 100% de niños y niñas se le realice el despistaje o diagnóstico oportuno de anemia es indispensable que los establecimientos de salud cuenten con los recursos e insumos necesarios para la toma y procesamiento de la muestra. Esta prueba debe realizarse de tal manera que se aproveche la oportunidad de la atención, sin tener que citar para otro día a los menores para esta toma o entrega de resultados o tener que referirlos a otro establecimiento.

Al respecto, solo el 36.9% de las personas entrevistadas, respondió que la toma de muestra sanguínea para despistaje de anemia se había realizado en el mismo consultorio el mismo día de la consulta y el 48.8% manifestó que se realizó la prueba en el laboratorio del propio establecimiento. No obstante, más del 10% refirió que no le habían tomado una muestra o que la habían tenido que realizar en otro establecimiento de salud e incluso en establecimientos de salud privados.

GRÁFICO N° 25
¿DÓNDE LE REALIZARON LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En relación a las campañas de lucha contra la anemia, es necesario mencionar que estas se han llevado a cabo a nivel nacional, mediante las denominadas “Jornadas Nacionales contra la Anemia”, que fueron oficializadas con la Resolución Ministerial N° 540-2018/Minsa y se han realizado la cuarta semana de los meses entre junio y octubre de 2018, estando a cargo de las Diresa/Geresa.

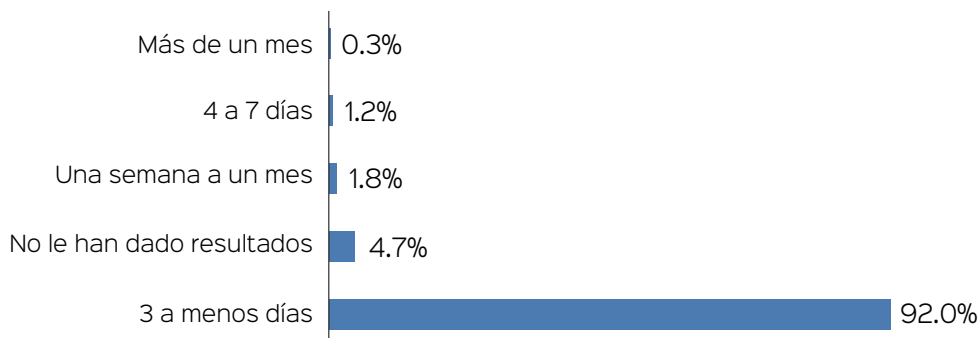
A nivel regional, las campañas estuvieron consideradas en el Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal del año 2018⁸² del Ministerio de Salud, en el cual se establece, como desarrollo de la actividad número 3, que las municipalidades de ciudades principales tipo “A” pueden suscribir, junto con el establecimiento de salud, un acta de compromiso para la realización de campañas de despistaje de anemia en menores de 36 meses, siendo verificable para medir el nivel de cumplimiento de ejecución de la meta: “Las acciones de municipios para promover la adecuada alimentación y la prevención y reducción de anemia del menor de 36 meses”.

No obstante, de los resultados comprendidos en el Gráfico N° 25, es posible apreciar que solo el 1.9% de las personas entrevistadas señaló que la toma de muestra sanguínea se realizó durante una campaña. Ello evidenciaría que las campañas realizadas en el marco de la lucha contra la anemia, que son uno de los mecanismos más empleados y anunciados por los diferentes niveles de gobierno, no estarían cumpliendo su objetivo, siendo necesario que se evalúen los resultados alcanzados en estas campañas, a fin de fortalecerlas o modificar la estrategia.

Otro aspecto importante para el diagnóstico de la anemia es el tiempo para la obtención de resultados del despistaje. Tratándose de una enfermedad que, de manera silente, afecta el desarrollo cognitivo de los niños y niñas, todo tiempo perdido sin iniciar el tratamiento adecuado es inaceptable. Sin embargo, en la supervisión realizada, un total de más del 2% de los entrevistados manifestó que obtiene resultados después de una semana de la toma de muestra o hasta luego de un mes, conforme se muestra en el gráfico siguiente.

[82] Disponible en <http://bvs.Minsa.gob.pe/local/MINSA/4333.pdf>.

GRÁFICO N° 26
TIEMPO PARA OBTENER EL RESULTADO



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

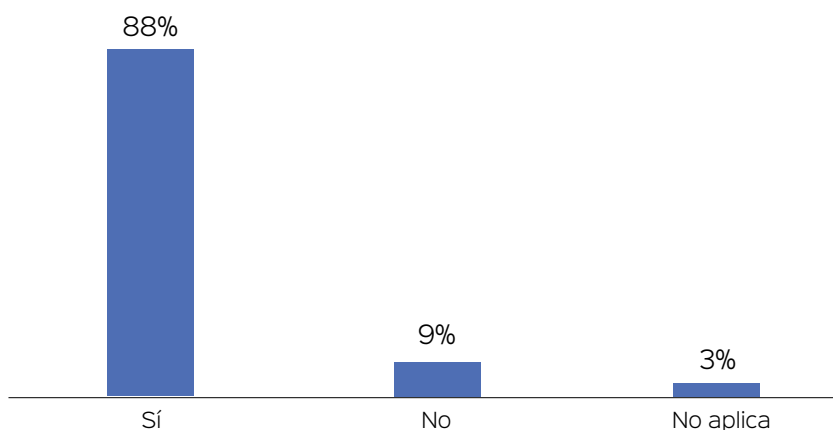
b) Entrega de micronutrientes para la prevención de la anemia

La Norma Técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, la cual se encuentra vigente desde abril del 2017, establece la gratuidad de la entrega de micronutrientes⁸³ para la prevención de la anemia. A pesar de ello, el 9% de las personas entrevistadas refirió que no había recibido estos productos y el 3% respondió que a ellos no les correspondía recibir micronutrientes (representado en el gráfico con la leyenda denominada “No aplica”), lo que también es preocupante porque esta entrega está determinada para todos los niños/as menores de tres años tengan o no anemia.

Estos resultados refuerzan la idea ya descrita, relativa a la necesidad de enfatizar la difusión de la norma técnica entre el personal de los establecimientos de salud, incluyendo al personal responsable de la entrega de los productos para el manejo preventivo y tratamiento de la anemia infantil.

[83] Los micronutrientes se reparten sobres que contienen minerales y vitaminas en polvo (hierro, zinc, vitamina A, ácido fólico y vitamina C). Son reconocidos como fortificantes caseros que se agregan a una ración de comida.

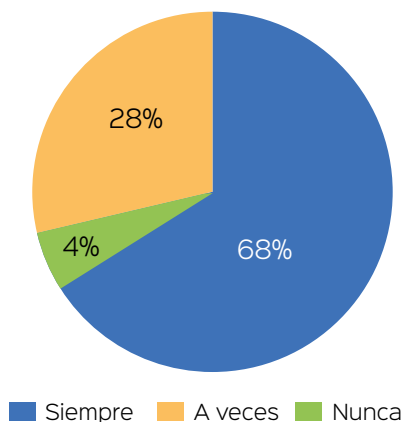
GRÁFICO N° 27
¿LE HAN DADO PRODUCTOS PARA PREVENIR LA ANEMIA?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, no solo basta que se dispense los micronutrientes para el manejo preventivo de la anemia en niños y niñas, sino que se debe lograr que los menores de edad lo consuman. Sin embargo, de aquellos que manifestaron que sí se les entregó el producto, solo un 68% manifestó que los niños/niñas siempre lo consumían, el 28% sostuvo que solo a veces era consumido por los niños/niñas y el 4% indicó que nunca lo habían consumido. A su vez, el 92% refirió que habían recibido indicaciones, por parte del personal del establecimiento, de cómo usar los productos de prevención.

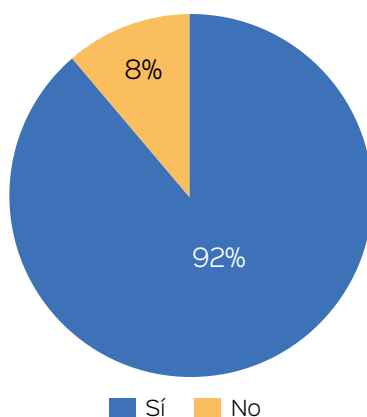
GRÁFICO N° 28
¿EL/LA NIÑO/A CONSUME EL PRODUCTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Estos resultados reflejan que no se está logrando que las personas responsables del cuidado de los niños se involucren en la lucha y prevención de la anemia, por lo que se debe reforzar las acciones de sensibilización o replantear la estrategia de comunicación para lograr un cambio real de comportamiento.

GRÁFICO N° 29
¿LE HAN EXPLICADO CÓMO SE USAN LOS PRODUCTOS
DE PREVENCIÓN DE LA ANEMIA?

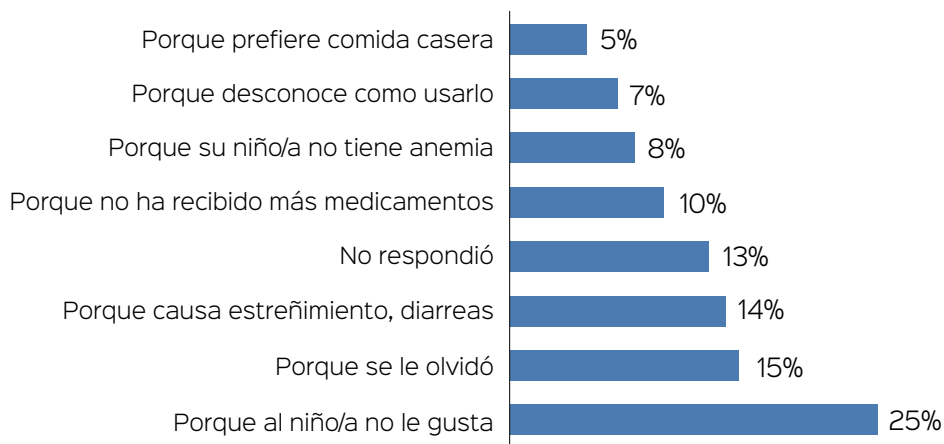


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Respecto a los motivos que impidieron el consumo de los suplementos o micronutrientes de manera regular, el 25% de las personas entrevistadas señaló que se debía al sabor del producto que causaba rechazo en los niños/as, el 15% indicó que se debía a que se olvidaron y el 14% por los efectos secundarios del producto como estreñimiento o dolor abdominal.

Asimismo, cabe señalar que un 5% indicó que prefiere brindarle al menor, comida casera, y un 7% manifestó que desconoce cómo usar el medicamento, a pesar que en una pregunta anterior habían manifestado que se les explicó su uso. Esto hace suponer que, a pesar de las explicaciones proporcionadas por el personal de salud, al parecer el mensaje no está siendo lo suficientemente claro, de tal manera que aún existen dudas y desconfianza en los responsables sobre el uso de los productos.

GRÁFICO N° 30
¿CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL CUAL NO SIEMPRE CONSUMIÓ EL
MEDICAMENTO DE PREVENCIÓN DE ANEMIA?



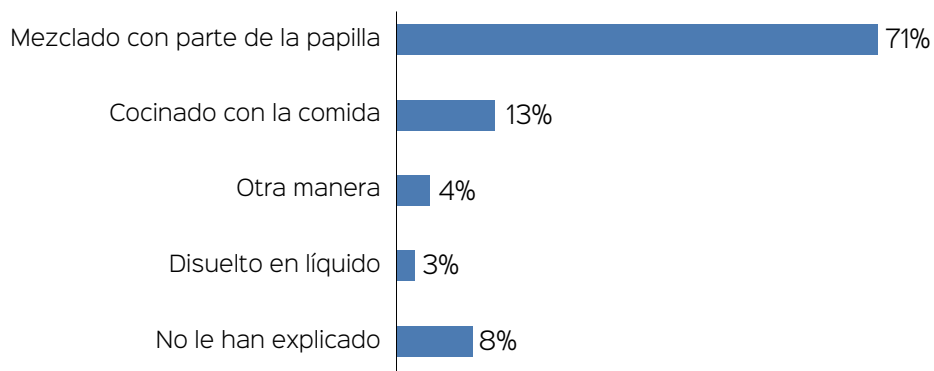
Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Es necesario indicar que, de acuerdo a la normativa, a todos los niños y niñas a partir de los seis (6) meses de edad, se les debe brindar los micronutrientes y continuar su consumo durante un año o hasta completar 360 sobres para prevenir la anemia. Estos micronutrientes no necesitan cocinarse y deben ser añadidos a una ración de la comida espesa (dos cucharadas de la comida). Este producto no cambia el sabor, olor, ni color de las comidas, siempre y cuando no se utilice comida caliente y se consuma antes de los 15 minutos.⁸⁴

Sobre el conocimiento del modo de preparación y uso de los micronutrientes, solo el 71% de los entrevistados pudo dar una respuesta correcta, con lo cual se refuerza la necesidad de revisar las actividades de consejería brindadas por el personal de salud a los responsables del cuidado de los menores de edad, para conseguir el correcto consumo de este producto.

[84] Norma Técnica de Salud N° 134-Minsa/2017/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y púerperas, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 250 - 2017 /Minsa.

GRÁFICO N° 31
¿CÓMO SE DEBEN USAR LOS MICRONUTRIENTES?

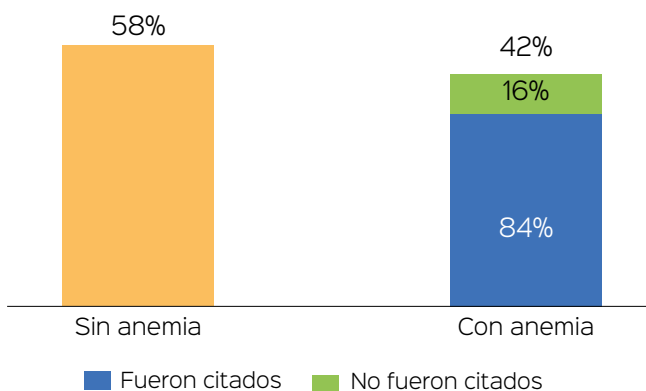


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

c) Tratamiento de niños y niñas diagnosticados de anemia

Del total de entrevistados, el 42% manifestó que a su niño/a le habían diagnosticado anemia. De estos, solo el 84% refirió que el personal había cumplido con citarlos para el control del tratamiento de la anemia. Un 16% dijo que no se le había citado para control, a pesar que la Norma técnica del 2017 establece que, en aquellos niños y niñas con diagnóstico de anemia, se debe realizar el control de hemoglobina al mes, a los tres meses y a los seis meses de iniciado el tratamiento.

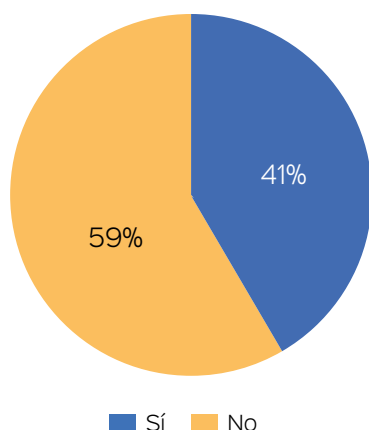
GRÁFICO N° 32
¿LE HAN DIAGNOSTICADO ANEMIA A SU NIÑO/A?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, a pesar que la Norma Técnica del 2017 establece que se realizará una visita domiciliaria dentro del primer mes después de iniciar el tratamiento y por lo menos otra visita en el resto del período de tratamiento, solo el 41% de los entrevistados cuyos niños/as han sido diagnosticados de anemia sostuvo que habían recibido la visita domiciliaria de personal de salud. En alguna medida, ello podría responder a la escasez de recursos humanos, como lo hemos venido señalando.

GRÁFICO N° 33
¿EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
LE HA REALIZADO UNA VISITA DOMICILIARIA?

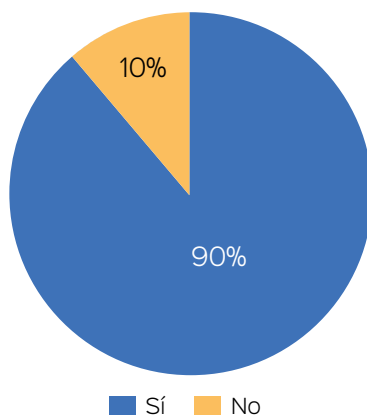


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, solo el 90% refirió haber recibido medicamentos gratuitos para el tratamiento de la anemia, es decir que un 10% de niños/as diagnosticados con anemia no han recibido medicamentos para el tratamiento, a pesar que su distribución es gratuita e independientemente de su afiliación a algún tipo de seguro, según lo señala la propia Norma Técnica del 2017. Ante esta situación, es pertinente recordar que, en la entrevista realizada a los profesionales de la salud, en algunos casos manifestaron que entre las dificultades que tenían para el manejo de la anemia estaba la compra de medicamentos para la anemia, en el caso de niños/as que no contaban con SIS.⁸⁵

[85] Declaración efectuada por el personal de salud en Junín, Centro de Salud Pedro Sánchez Meza.

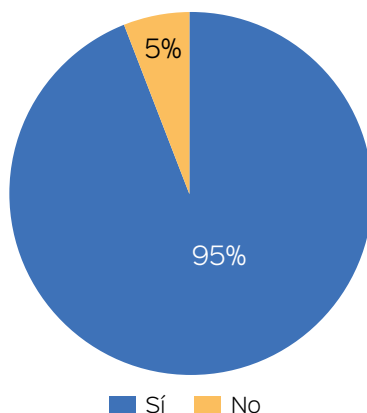
GRÁFICO N° 34
¿LE HAN ENTREGADO MEDICAMENTOS GRATUITOS
PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

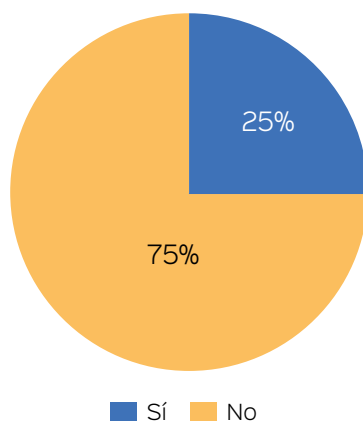
Del total de personas que manifestaron haber recibido medicamentos para el tratamiento de la anemia, el 5% refirió que no había recibido indicaciones sobre el modo de uso del fármaco. Un importante 25% manifestó que ha presentado dificultad para hacer que el menor consuma el medicamento, ya que el principal inconveniente es el rechazo de los menores por el mal sabor del medicamento (67%) y, en segundo lugar, por los efectos secundarios que el producto produce (24%).

GRÁFICO N° 35
¿SE LE EXPLICÓ CÓMO DEBÍA USAR ESOS MEDICAMENTOS?



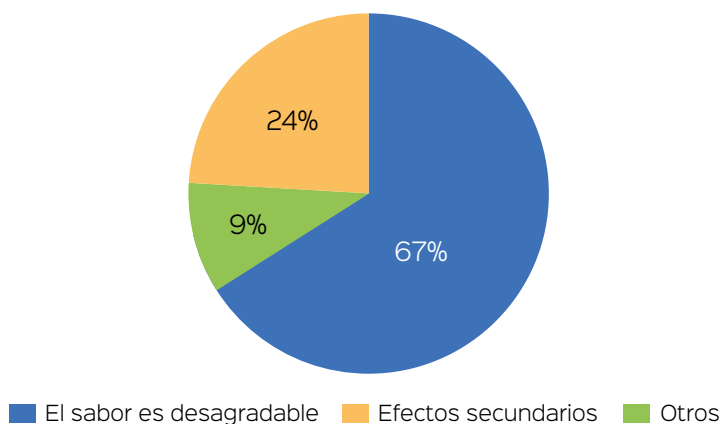
Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 36
¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA DARLE LOS MEDICAMENTOS A SU NIÑO/A?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 37
¿QUÉ DIFICULTADES TUVO PARA DARLE LOS MEDICAMENTOS A SU HIJO/A?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Esta situación es preocupante. Demuestra que los adultos responsables del cuidado de los niños y niñas menores de tres (3) años aún no han asimilado la importancia de la lucha contra la anemia, ni las terribles consecuencias que la enfermedad puede causar en el desarrollo

de los menores. Por ello, es apremiante que se refuerce la estrategia de comunicación para el cambio de comportamientos. Si no se logra la participación activa de la población, los resultados nunca serán significativos a pesar de las acciones que desarrolle el Estado para combatir esta enfermedad.

d) Estrategia de Comunicación para el cambio de comportamiento

Tanto el Plan del Minsa, como en el Plan del Midis, señalan la importancia de intervenir, sobre los niños/as, familias y comunidades, mediante procesos educativos y de información promoviendo estilos de vida saludables y adopción de prácticas dirigidas a reducir la anemia.

En tal sentido, el Plan del Minsa, señala que se trabajará en el fortalecimiento de capacidades de los prestadores de servicios de salud, en la incidencia política en las autoridades de gobierno y en la generación de opinión y movilización social para la participación activa de la población en la lucha contra la anemia infantil. El Plan del Midis, por otro lado, establece el acompañamiento de las familias a través de los programas sociales a su cargo.

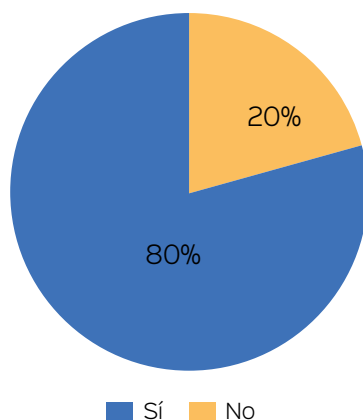
Por otro lado, el Plan Multisectorial contra la Anemia, también señala la importancia de la información de las familias, comunidades y personal de salud sobre la anemia, sus causas y consecuencias negativas sobre el desarrollo infantil. En relación a este punto, este plan establece la realización de una estrategia única de comunicación que aún no se implementa.

En las entrevistas realizadas a los adultos responsables del cuidado de niños y niñas menores de tres (3) años, la Defensoría del Pueblo indagó sobre dos aspectos importantes en las acciones de comunicación para el cambio de comportamiento: primero, si se conocía sobre la enfermedad –qué es, por qué se produce y sus consecuencias-, y en segundo lugar, qué hacer para prevenirla y combatirla.

Sobre el primer aspecto, se preguntó a las personas entrevistadas si habían recibido información sobre las causas y consecuencias de la anemia en el establecimiento de salud. En relación a esto, solo un 80% de las personas manifestó que sí había recibido capacitación, con lo cual se demuestra que se debe reforzar las acciones de difusión y comunicación ya que casi una quinta parte de las personas adultas que acuden

a los establecimientos de salud aún no han recibido información sobre esta enfermedad.

GRÁFICO N° 38
¿SE LE HA BRINDADO INFORMACIÓN SOBRE LA ANEMIA
EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

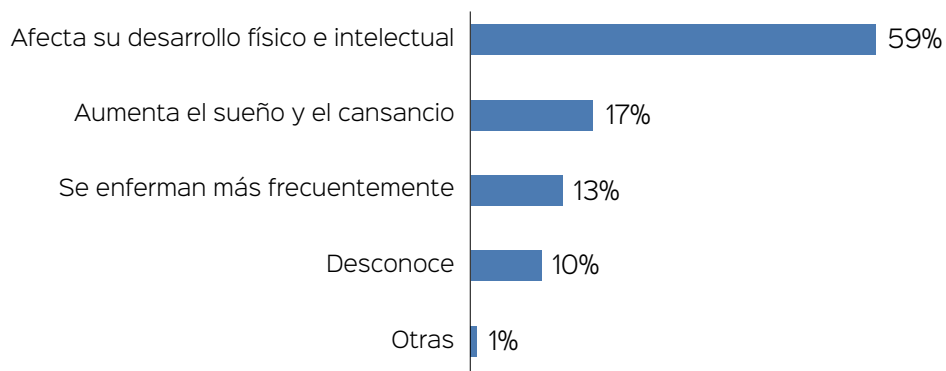


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Independientemente de haber recibido o no información sobre la anemia en el establecimiento de salud, se consultó respecto a las consecuencias que esta enfermedad causaba en los niños y niñas, advirtiéndose que un 59% de personas entrevistadas respondió que afectaba el desarrollo físico e intelectual de los niños y niñas, el 17% considera que solo causa aumento de sueño y cansancio, el 13% que produce una predisposición a enfermarse más frecuentemente y, un preocupante 10%, desconoce las consecuencias.

Estos resultados pueden estar directamente relacionados al grado de compromiso y participación de los padres/madres en la prevención y recuperación de niños/as con anemia, ya que si consideran que el tener anemia significa solo un aumento de sueño o cansancio (17%) o la posibilidad de enfermarse más frecuentemente (13%) y no toman conciencia que en el estado de anemia ya se está produciendo un daño en el desarrollo físico y cognitivo del menor que puede ser irreversible –reconocido solo por el 59% de entrevistados–, muestra que los adultos responsables del cuidado de los menores de edad no toman en serio las acciones de prevención y recuperación de los niños/as.

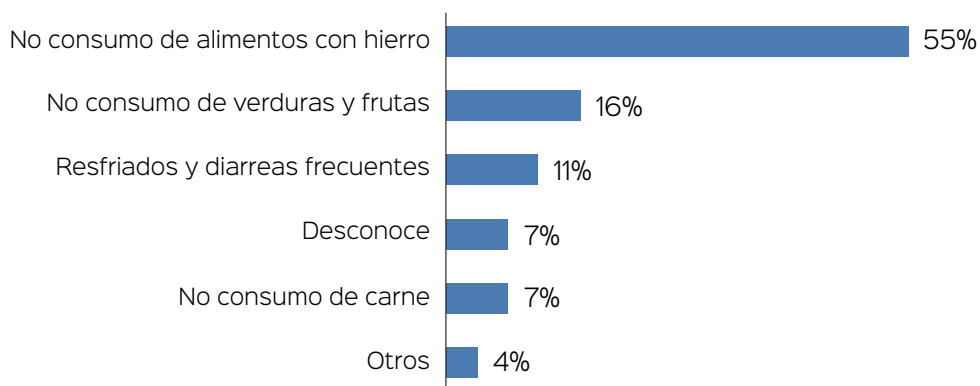
GRÁFICO N° 39
¿CUÁL CONSIDERA QUE ES LA PRINCIPAL CONSECUENCIA
QUE GENERA LA ANEMIA EN LOS/AS NIÑOS/AS?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Sobre los motivos por los cuales se produce la anemia infantil, en el Gráfico N° 40 se observa que solo un 55% de los entrevistados señaló la falta de consumo de alimentos con hierro como la principal causa de la anemia y un 7% el no consumo de carne. De igual manera, es alarmante advertir que un 7% desconozca la causa de la anemia o que un 16% señale que se produce por la falta de consumo de verduras y frutas. Al igual que el resultado anterior, lo que se observa aquí es que los esfuerzos para lograr los cambios de comportamiento y la sensibilización de las familias no están siendo eficaces, ya que solo estarían llegando a alrededor del 62% de la población objetivo.

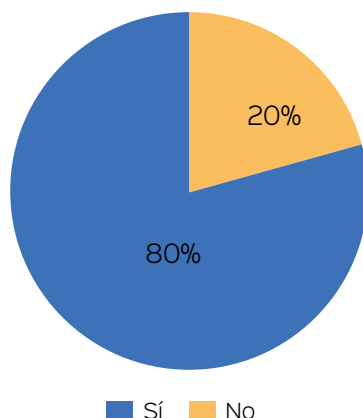
GRÁFICO N° 40
¿CUÁL CONSIDERA QUE ES LA PRINCIPAL CAUSA DE LA ANEMIA?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Como segundo aspecto importante, se preguntó a las personas entrevistadas si habían recibido información, charlas o consejerías sobre cómo prevenir la anemia o combatirla. Se encontró que dos de cada diez personas entrevistadas no habían recibido consejería u orientación nutricional en el establecimiento de salud, a pesar de haber acudido a este para atención de su menor hijo/a, lo que denota que aún no se están aprovechando todas las oportunidades y espacios de contacto para realizar capacitación y difusión sobre la anemia.

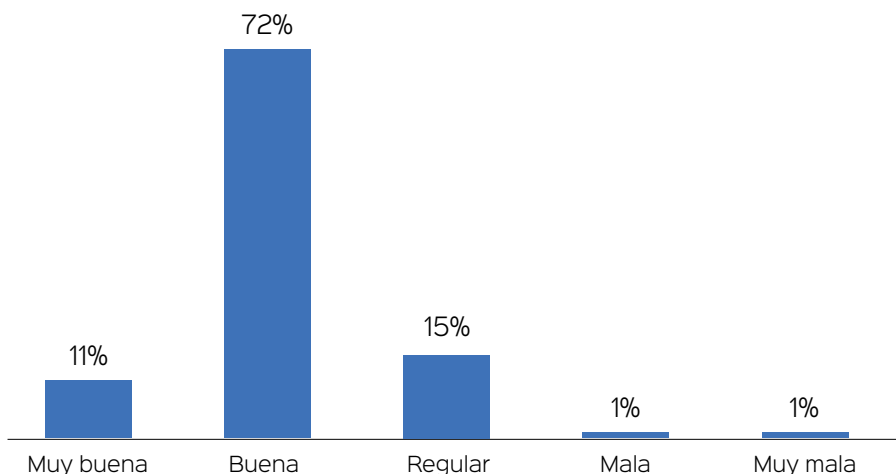
GRÁFICO N° 41
¿SE LE HA BRINDADO CONSEJERÍA Y/U ORIENTACIÓN NUTRICIONAL
EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

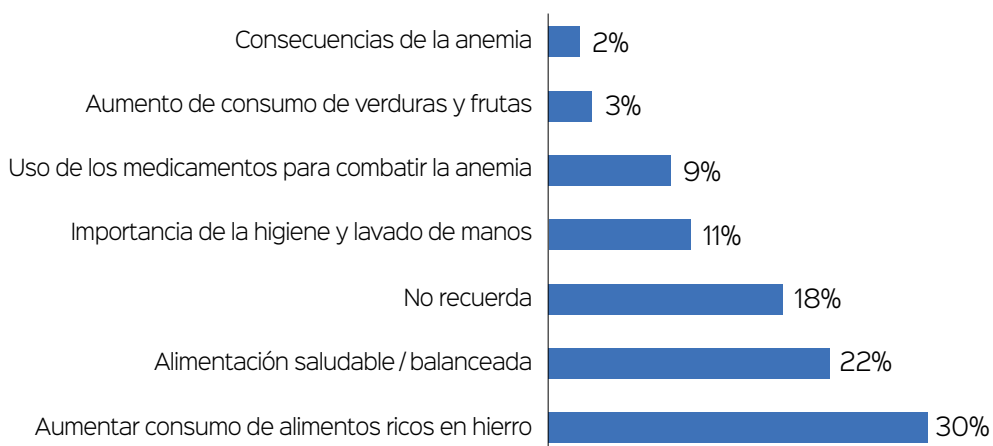
Aunque más del 72% de los entrevistados que recibió consejería nutricional por el personal de salud señaló que esta fue buena, un 18% manifestó no recordar ningún mensaje importante de la consejería. Solo un 30% señaló la importancia de aumentar el consumo de alimentos ricos en hierro para combatir la anemia; y un porcentaje importante (22%) solo señaló mensajes muy generales en relación a la consejería como: “se debe dar alimentación saludable y balanceada”.

GRÁFICO N° 42
¿CÓMO CALIFICARÍA USTED LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL?



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

GRÁFICO N° 43
MENSAJES MÁS IMPORTANTES DE LA CONSEJERÍA



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Entre las sugerencias para que mejore las sesiones de consejería nutricional, las personas entrevistadas señalaron en un 12% que debería ser en un lenguaje más entendible, el 9% señala que deberían ser más frecuentes y el 5% que el contenido debería ser más actualizado.

Es importante señalar que algunas personas entrevistadas indicaron la conveniencia que las consejerías se realicen en quechua (3%). Esto denota que las consejerías no se estarían adaptando a los requerimientos étnicos y que se necesita reforzar el enfoque intercultural.

Por otro lado, se advierte la necesidad que estas consejerías contengan un enfoque de género que optimice la difusión de la información sobre la anemia, de tal manera que se logre involucrar, para una participación más activa, a los demás miembros de la familia, en la lucha contra esta enfermedad.

GRÁFICO N° 44
SUGERENCIAS PARA QUE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL MEJORE



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Es necesario que la consejería de lucha contra la anemia esté dirigida a todos los miembros de la familia y no solo a la madre o padre, sino también a las personas que asumen directamente la responsabilidad del cuidado del niño/a, como los abuelos o abuelas, y a quienes influyen en la toma de decisiones dentro del hogar. De igual forma, se debe considerar el alcance y acogida de los lugares donde dichas acciones se llevarán a cabo, con la finalidad de captar e involucrar a la mayor cantidad de miembros de la familia.

Es importante, también, tener en cuenta que, de acuerdo al grupo social, tanto varones como mujeres desarrollan actividades distintas y en horarios diferentes, asimismo, las actividades de los hombres y mujeres de los ámbitos rurales es distinta a las de ámbitos urbanos, por lo tanto, desde un enfoque de género y de derechos, las acciones de consejería no pueden ser uniformes y deben adecuarse a la realidad de cada grupo poblacional.

En la misma línea, para que las actividades de sensibilización y consejería logren empoderar a las familias en la lucha contra la anemia, es necesario que los mensajes sean elaborados con un lenguaje claro, sencillo, oportuno y completo, respetando la diversidad de costumbres del país.

No hay que olvidar lo importante que es los gobiernos regionales y locales prioricen las acciones comunicacionales para alcanzar los objetivos esperados.

Conclusiones

Política Nacional

1. La implementación de los planes sectoriales de lucha contra la anemia del Minsa y del Midis, ambos aprobados en el año 2017, no han cumplido con su objetivo de reducir la anemia infantil en el país a 37.9%. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2017, la prevalencia nacional de la anemia en los niños y niñas menores de tres (3) años se mantiene en 43.6%.
2. En el marco de la lucha contra la anemia infantil no existe una adecuada coordinación y articulación entre los distintos sectores del Poder Ejecutivo involucrados, como salud, desarrollo e inclusión social y vivienda, construcción y saneamiento, entre otros, y entre estos sectores y los gobiernos regionales y locales.
3. El Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia aprobado en el 2018, no establece la articulación de los planes del Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, lo que no contribuye a optimizar los recursos y lograr mayor efectividad en la intervención del Estado para reducir la anemia, en beneficio de los niños y las niñas del país.

Intervención de los gobiernos regionales

4. Los 21 planes regionales de lucha contra la anemia, revisados, no cuentan con una línea de base sobre la situación de la anemia en su territorio. En el 58.6% de planes regionales no se identifican los nudos críticos para la lucha contra la anemia, como las dificultades

del personal de salud para realizar las visitas domiciliarias. Asimismo, en el 58.6% no se proponen acciones adaptadas a la realidad territorial y se limitan a repetir las estrategias generales del Plan del Minsa. Además, en el 37.9% no se identifica cuantitativamente a la población objetivo, en el 51.7% no se incluyen acciones concretas de coordinación intergubernamental y en el 55.2% no se mencionan las acciones de monitoreo y supervisión.

5. Los gobiernos regionales no han desarrollado un trabajo coordinado y articulado con los gobiernos locales de su jurisdicción, a pesar que las municipalidades son el nivel de gobierno más próximo a la población, por lo tanto, su participación en la implementación de las acciones de lucha contra la anemia infantil es imprescindible, así lo demuestran, por ejemplo, la experiencia exitosa de Arequipa.
6. Para el año 2018 se registró un incremento en el presupuesto transferido a los gobiernos regionales en el marco del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, que comprende acciones de lucha contra la anemia infantil. Sin embargo, según los resultados de la Endes 2018, la prevalencia de la anemia en este grupo poblacional registra un incremento del 3%, en comparación a los resultados del 2017 (de 43.6% a 46.6%), lo que evidenciaría que el uso de los recursos económicos para combatir y controlar la anemia no es eficiente.
7. Los departamentos con menor ejecución presupuestal, al 25 de setiembre del 2018, registran más del 40% de niños y niñas con anemia, como es el caso de La Libertad, Amazonas, Madre de Dios y Pasco.

Intervención de los establecimientos de salud

8. La dispersión normativa del sector salud, en relación a la anemia infantil, y su falta de difusión entre el personal de los establecimientos de salud, representa un obstáculo para su adecuada aplicación. En la supervisión realizada se advirtió que un 5% del personal de salud desconocía la existencia de la normativa vigente, 44% desconocía los cambios referentes a la prevención, 47% al tratamiento, 75% al diagnóstico y 78% no sabía sobre los cambios efectuados en relación al seguimiento del tratamiento de la anemia infantil.
9. Una de las principales dificultades para la implementación de las acciones de control y reducción de la anemia, identificada por los

operadores de salud, es la falta de sensibilización y colaboración de los padres/madres de familia o cuidadores de los menores en la prevención y tratamiento contra la anemia, así lo indicó el 21% del personal de salud entrevistado. Asimismo, se identificaron como otras dificultades la falta de recursos humanos (20%), la falta de insumos y reactivos (13%), la falta de capacitación (12%) y la falta de medicamentos (9%).

10. El llenado de hasta siete (7) formatos diferentes por cada atención brindada en los establecimientos de salud, no permite optimizar el uso del tiempo y los escasos recursos humanos con los que se cuenta.
11. La distribución de los micronutrientes a nivel regional, no se está realizando de manera oportuna y adecuada, lo que ha ocasionado el vencimiento de miles de sobres de este complemento vitamínico, por ejemplo, en el departamento de Lambayeque, se encontraron 189 954 sobres vencidos y en Tumbes, 89 000 sobres fueron enviados a instituciones educativas por estar próximos a vencer.

Intervención de los gobiernos locales

12. Las municipalidades tienen por función administrar y reglamentar el servicio de agua potable y saneamiento, que son elementos claves y determinantes en la lucha contra la anemia, tan importantes como las acciones de prevención y tratamiento médico. Sin embargo, el 27% de los municipios supervisados no cuenta con un área responsable de administrar y reglamentar el servicio de agua y saneamiento en su jurisdicción.
13. En las supervisiones realizadas por las municipalidades a los sistemas de abastecimiento de agua a cargo de las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS), en el 61% encontraron falta de mantenimiento, en el 44% agua contaminada y en el 33% inadecuada cloración.
14. En 21 municipalidades supervisadas (28%) no recibieron presupuesto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, de las cuales dos (2) presentan un alto porcentaje de niños y niñas con anemia, como es el caso de las municipalidades provinciales de Nauta y Padre Abad.

15. La familia es el principal actor en la lucha contra la anemia, por su rol fundamental tanto en el tratamiento de la enfermedad como en la fase preventiva de esta. Si no se logra la adecuada sensibilización de las familias de los menores de tres (3) años, que comprometa su participación activa en la lucha contra la anemia, los esfuerzos que desde el Estado se puedan realizar para combatir esta enfermedad no serán eficaces, obteniendo resultados momentáneos, insuficientes para garantizar el derecho a la salud de los niños y niñas de nuestro país.

16. Los mensajes comunicacionales y de consejería, dirigidos a los responsables del cuidado de los niños y niñas no ha sido efectivas. Solo el 59% del total de familias entrevistadas, reconoció que la anemia puede producir daño en el desarrollo físico e intelectual de los niños y niñas que la padecen, y solo el 55% pudo señalar como principal causa de esta enfermedad al poco consumo de alimentos ricos en hierro.

Recomendaciones

A la Presidencia del Consejo de Ministros

1. En relación al Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia:
 - a) Disponer la articulación de las acciones sectoriales e intergubernamentales, a fin de contar con un documento único de lucha contra la anemia a nivel nacional.
 - b) Garantizar la participación de los gobiernos regionales en la estrategia de comunicación concurrente de lucha contra la anemia, incorporando el enfoque intercultural y territorial, para conseguir el cambio de comportamiento en las familias, sobre la trascendencia de la enfermedad, la importancia de la prevención y el tratamiento oportuno.
 - c) Establecer que la instancia de articulación regional sea presidida y convocada por el Gobernador Regional.
2. Evaluar la creación de un programa presupuestal para la reducción de la anemia infantil, con enfoque de prevención, exclusivo y aplicable a todos los niveles gubernamentales, a fin de articularlo con las metas del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia.
3. Implementar un sistema único de monitoreo, control, seguimiento y evaluación que permita medir los resultados y contribuir a la toma de decisiones.
4. Disponer la integración de los sistemas de información estadística concernientes a la lucha contra a anemia, a cargo del Ministerio de

Salud y del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, que permita contar con información oficial confiable.

Al Ministerio de Salud

5. Fortalecer las acciones de asistencia técnica dirigidas a los gobiernos regionales para la elaboración e implementación de los planes regionales contra la anemia infantil.
6. Unificar y ordenar la normativa sectorial de lucha contra la anemia y cumplir con el desarrollo de las capacidades del personal de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud.
7. Disponer que la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) supervise el cumplimiento de las normas técnicas de salud y directrices vinculadas a la prevención, tratamiento y control de la anemia, en todos los establecimientos del sector salud, incluyendo al Seguro Social de Salud – EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú y establecimientos del sector privado.
8. Potenciar las acciones para la sensibilización de las personas responsables del cuidado de los niños y niñas menores de 3 años, en lo referente a la lucha contra la anemia, a través del fortalecimiento del trabajo extramural, la participación de agentes comunitarios o la suscripción de convenios universidades o institutos con carreras de la salud, entre otros. Ello en coordinación con las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud.
9. Reglamentar la Ley N° 30825, Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud, para delimitar sus funciones y responsabilidades en el marco de la lucha contra la anemia.
10. Evaluar la simplificación de los formatos a llenar por el personal de salud en las atenciones de lucha contra la anemia, a fin de optimizar el tiempo y el recurso humano.

Al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

11. Fortalecer el asesoramiento y acompañamiento técnico a los gobiernos regionales para su participación en el Fondo de Estímulo de Desarrollo (FED) y otros mecanismos de incentivos.

12. Evaluar la ampliación del ámbito de intervención del Programa Cuna Más, principalmente, en las zonas con mayor porcentaje de niños y niñas con anemia.

Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento

13. Realizar un trabajo coordinado y articulado con los gobiernos locales, para la implementación de programas de saneamiento urbano y rural, que permitan el cierre de brechas de acceso de los hogares a agua segura y saneamiento

A los Gobiernos Regionales (Direcciones o Gerencias Regionales de Salud)

14. Elaborar el plan regional de lucha contra la anemia infantil, a partir de un diagnóstico de la situación de la anemia en sus territorios, que les permita adecuar sus acciones a las necesidades de la población. Asimismo, considerar un sistema de monitoreo y evaluación con indicadores para medir el cumplimiento de metas del plan regional.
15. Liderar las acciones de lucha contra la anemia en su jurisdicción y desarrollar un trabajo coordinado y articulado con los gobiernos locales, así como con las instituciones que prestan servicios de salud: Seguro Social de Salud – EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú y establecimientos del sector privado, para lograr alcanzar las metas propuestas.
16. Fortalecer las capacidades del personal de los establecimientos de salud, en relación a las normas técnicas de lucha contra la anemia, las acciones de sensibilización y el trabajo extramural. Asimismo, promover la participación activa de agentes comunitarios y de la sociedad civil, para desarrollar las acciones de difusión y seguimiento.
17. Garantizar la provisión de recursos humanos y económicos, infraestructura y equipos, necesarios en los establecimientos de salud de su jurisdicción, para alcanzar las metas propuestas, principalmente, las relacionadas a las acciones de sensibilización, difusión y trabajo extramural.
18. Cumplir con la distribución oportuna de los micronutrientes a los establecimientos de salud de su jurisdicción y supervisar la entrega adecuada a los usuarios/as.

A los Gobiernos Locales

19. Participar activamente en el desarrollo de las acciones de lucha contra la anemia, de manera coordinada y articulada con los gobiernos regionales.
20. Cumplir con administrar y reglamentar el servicio de agua potable y saneamiento según lo establecido en el artículo 80° de la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.

Anexos

FICHA Nº 1: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - PLAN DE REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA 2018

OD/MAD		Fecha	DÍA	MES	AÑO
Comisionado/a responsable	NOMBRES	APELLIDOS			
Establecimiento de Salud					
Nombre de/la funcionario/a entrevistado/a					
Cargo de/la funcionario/a entrevistado/a					

ENTREVISTA AL/LA JEFE/A DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD O A QUIEN DESIGNE:					
1. ¿Conoce la normativa vigente de tratamiento y prevención de la anemia?		Sí		No	
2. ¿En dónde están los principales cambios a comparación de la anterior? (Puede marcar más de una opción)	En la prevención	En el diagnóstico	En el tratamiento	En el seguimiento	
	No recuerda		Desconoce		
3. ¿Ha tenido alguna dificultad para la aplicación de la nueva norma sobre tratamiento y prevención de la anemia?		Sí		No	
3.1. Si la respuesta a la pregunta "3" fue afirmativa, indicar qué dificultad(es) se presentó(aron):					
4. ¿El establecimiento de salud cuenta con un plan vigente para la reducción y control de la anemia?		Sí		No	
5. El personal de salud que realiza las actividades de despistaje y control de los/as niños/as con anemia registra sus actividades en los siguientes documentos: (Puede marcar más de una opción)	Historia clínica		Carné de atención del/la niño/a		
	Formato HIS		Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN)		
	Formato Único de Atención del SIS (FUA)		Registro Electrónico Materno Infantil		
	Registro de Consumo Integrado - ICI Sismed		Otros:	No registra	
6. ¿Trabajan con promotores de salud o vigilancia comunitaria?	Con promotores	Con vigilancia comunitaria	Ambos	Ninguno	
7. ¿Con qué otras instituciones trabajan temas relacionados a anemia? (Puede marcar más de una opción)	EE.SS. privados		EsSalud		
	Instituciones Educativas		Cuna Más		
	Municipios		ONG		
	Otros:		No aplica		

FICHA N° 2: MUNICIPIO A - PLAN DE REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA 2018

OD/MAD		Fecha	DÍA	MES	AÑO
Comisionado/a responsable	NOMBRES	APELLIDOS			
Municipio		() Provincial	() Distrital		
Nombre del/la funcionario/a entrevistado/a					
Cargo del/la funcionario/a entrevistado/a					

PREGUNTAS AL GERENTE DE DESARROLLO SOCIAL O QUIEN HAGA SUS VECES					
¿Se cuenta con un Plan Municipal de Prevención y Control de la Anemia?				Sí	No
¿Se han emitido ordenanzas municipales que declaren como prioridad la lucha contra la anemia?		Sí (especificar fecha): / /		No	
¿Cuentan con el padrón nominal de menores de tres años del distrito?				Sí	No
¿Han recibido asistencia técnica de parte de la Diresa / Geresa para la reducción y control de la anemia?		Sí (especificar fecha): / /		No	
Si su respuesta a la pregunta "7" fue afirmativa, especificar en qué consistió la asistencia:					
¿Han recibido asistencia técnica de parte del Midis para la reducción y control de la anemia?		Sí (especificar fecha): / /		No	
Si su respuesta a la pregunta "8" fue afirmativa, especificar en qué consistió la asistencia:					
¿Han recibido apoyo de parte de otra(s) entidad(es) diferentes a la Diresa / Geresa o el Midis para la reducción y control de la anemia en el distrito?		Sí (especificar entidades):			No
El apoyo recibido por parte de la(s) otra(s) entidad(es) diferentes a la Diresa / Geresa o Midis consistió en: (Puede marcar más de una opción)		Capacitación	Material de difusión	Otros:	No aplica
¿Se han suscrito convenios interinstitucionales para la reducción y control de la anemia en el distrito?				Sí	No
Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, especificar con qué institución(es) se suscribieron convenios:					

**FICHA N° 2: MUNICIPIO B - PLAN DE REDUCCIÓN Y CONTROL
DE LA ANEMIA 2018**

Nota: La siguiente entrevista debe aplicarse a/la representante de la municipalidad distrital responsable del Área Técnica Municipal para la gestión de los servicios de agua y saneamiento o del área a cargo de la gestión y monitoreo de la prestación del servicio en el ámbito distrital.

OD/MAD		Fecha	DÍA	MES	AÑO
Comisionado/a responsable	NOMBRES	APELLIDOS			
Municipio		()	Provincial		
		()	Distrital		
Nombre del/la funcionario/a entrevistado/a					
Cargo del/la funcionario/a entrevistado/a					

¿Qué entidad presta el servicio de agua y saneamiento en su jurisdicción?	Municipio	JASS	Otra:	
¿La municipalidad cuenta con un Área Técnica Municipal para la gestión de los servicios de saneamiento?	Sí	No	No aplica	
En el año 2017, ¿la Municipalidad ha realizado acciones de supervisión y fiscalización sobre la prestación de los servicios de agua y saneamiento a cargo de las organizaciones comunales?	Sí	No	No aplica	
Si la respuesta a la pregunta "6" fue afirmativa, indique las acciones de supervisión realizadas:				
Señale los principales hallazgos que contravienen la salud pública detectados en las supervisiones realizadas durante el 2017 sobre la prestación de los servicios de agua y saneamiento a cargo de las organizaciones comunales:	1. _____ _____	2. _____ _____	3. _____ _____	No se realizaron hallazgos

Representante de la Municipalidad

Comisionado/a responsable

FICHA N° 3: ENTREVISTA A FAMILIAR DE NIÑA/O MENOR DE 36 MESES DE EDAD - PLAN DE REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA 2018

OD/MAD	Fecha	DÍA	MES	AÑO	
Comisionado/a responsable	NOMBRES	APELLIDOS			
Establecimiento de salud					
Grado de parentesco o afinidad con el niño/a atendido/a	Madre	Padre	Otro:	Sexo: F M	Edad:
Edades de los/as niños/as menores de 36 meses a su cuidado	EDAD 1	EDAD 2	EDAD 3	EDAD 4	

PREGUNTAS EN RELACIÓN AL MENOR QUE HAYA ACUDIDO A LA CONSULTA ESE DÍA				
1. ¿Qué edad tiene el niño/a que va a pasar consulta o ha pasado consulta el día de hoy?	_____ años		_____ meses	
2. ¿Usted ha acudido al establecimiento el día de hoy por...? (Puede marcar más de una opción)	Consulta médica (pediatra)	Control del niño sano	Vacunas	Otro motivo: _____
3. La toma de muestra de sangre para despistaje de anemia se la hicieron:	En el mismo consultorio durante la consulta		En el laboratorio del mismo establecimiento	
	Fue derivado/a a otro establecimiento		Durante campañas de despistaje	
	Otros:		No aplica	
4. El resultado lo obtuvo:	El mismo día de la toma		Otro:	
5. ¿Le han dado productos gratuitos para prevenir la anemia en el/la niño/a?	Sí		No	No aplica
6. ¿Qué productos gratuitos para prevenir la anemia les fueron entregados? (Puede marcar más de una opción)	Gotas	Jarabe	Sobre de micro-nutrientes	No aplica
7. ¿Le han explicado cómo se usan los productos gratuitos para prevención de la anemia?	Sí		No	No aplica
8. ¿El/la niño/a consume el producto para la prevención de la anemia?	Nunca		A veces	Siempre
8.1. Si su respuesta a la pregunta anterior fue "Nunca" o "A veces", explicar por qué no lo consume:				
9. En relación a los sobres de multi micronutrientes, ¿cómo le han dicho que lo debe usar?	Cocinado con la comida	Disuelto en líquido	Mezclado con parte de la papilla, segundos, purés, mazamoras (sólidos)	
	Otra manera:	No le han explicado	No aplica	

PREGUNTAS EN RELACIÓN AL/LA NIÑO/A DIAGNOSTICADO/A CON ANEMIA			
¿Le han diagnosticado anemia a/l/a niño/a?	Sí	No	
¿Le han citado para control del tratamiento contra la anemia de/l/a niño/a?	Sí	No	
¿El personal del establecimiento de salud le ha realizado una visita domiciliaria?	Sí	No	No aplica
¿Le han entregado medicamentos gratuitos para el tratamiento de la anemia?	Sí	No	
¿Se le explicó cómo debía usar esos medicamentos?	Sí	No	No aplica
¿Ha tenido dificultad para darle los medicamentos a su niño/a?	Sí	No	No aplica
Si su respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, explicar qué dificultades tuvo:			

PREGUNTAS PARA LAS DOS SITUACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE (NIÑO/A QUE ACUDE A CONSULTA Y CON ANEMIA)					
¿Se le ha brindado consejería y/u orientación nutricional en el establecimiento de salud?	Sí. Hace _____ semanas			No	
¿Cómo calificaría usted la consejería nutricional?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
Si los recuerda, indique uno o dos mensajes importantes de la consejería:					
¿Qué sugerencias daría para que la consejería nutricional mejore?					
¿Se le ha brindado información sobre el daño y causas de la anemia en e/l/a niño/a?	Sí			No	
Del 1 al 10, ¿cómo califica la claridad en la información recibida sobre el daño que causa la anemia a los/as niños/as?					
¿Qué sugerencias daría para que la información se entienda?					

¿Cuál considera la principal causa de anemia?	No consumo de carnes	No consumo de verduras y frutas	Presencia de resfriados y diarreas frecuentes
	No consumo de alimentos con hierro (hierro)	Otra causa:	Desconoce
¿Qué consecuencias tiene la anemia en los/as niños/as? (Puede marcar más de una opción)	Aumenta el sueño y el cansancio	Afecta su desarrollo físico e intelectual	Se enferman más frecuentemente
	Otra causa:		Desconoce
¿Qué sugerencias daría para que se reduzca la anemia en los/as niños/as de su comunidad?			

Firma de la persona entrevistada

Comisionado/a responsable

Este libro se terminó de imprimir
en MCF Soluciones Integrales E.I.R.L.
UVR chalet 50-F, Rímac.
Lima, diciembre del 2018.

