



Gestación, nacimiento y desarrollo saludable del niño/a

SOBRE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

El primer foro “Desarrollo Infantil Temprano” tiene como propósito remarcar la importancia que tiene la primera infancia para el presente y futuro del país. Con esta iniciativa, buscamos construir un espacio para exponer y debatir los principales temas, programas y reformas orientadas a mejorar la nutrición, el desarrollo cognitivo y socioemocional de niños y niñas en el Perú.

GESTACIÓN, NACIMIENTO Y DESARROLLO SALUDABLE DEL NIÑO/A

¿Cómo logramos sentar las bases de un buen desarrollo nutricional? Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, 22.6% de niñas y niños menores de cinco años nació antes de las 37 semanas de gestación. Preocuparnos por un embarazo saludable, un nacimiento supervisado y un crecimiento que aleje a los recién nacidos de la anemia y la desnutrición crónica es una tarea que tenemos como país.

DESARROLLO SOCIOAFECTIVO, COGNITIVO Y PSICOMOTOR DEL NIÑO/A

¿Cómo desarrollamos el cerebro y las relaciones personales durante la primera infancia? Según una encuesta realizada por Ipsos para RPP, más del 40% de los peruanos cree que los niños/as aprenden a partir de los tres años. Preocuparnos por el desarrollo cerebral y afectivo durante los primeros años de vida es de suma importancia para el futuro que tengan niños y niñas en el Perú.

Más información en www.desarrolloinfantil.pe

Una política de primera infancia aún por madurar

A nivel internacional, distintos organismos reconocen como exitosa la estrategia del Perú para combatir la desnutrición crónica infantil, que de 2008 a 2018 redujo su prevalencia de 28% a 12,2%. Otros indicadores de salud pública, en cambio, no han tenido el mismo destino: la anemia entre los menores de tres años no baja del 40% desde 2011.

El actual Gobierno, que ya ha declarado este problema como prioridad nacional y puesto en marcha una nueva estrategia de desarrollo infantil temprano, se ha propuesto llevarla al 19% en los menos de dos años que le quedan de gestión. Solo con una efectiva descentralización, una institucionalidad sólida y conciencia en las familias podrán alcanzarse los objetivos trazados.

LARGAS DISTANCIAS

En pequeñas embarcaciones a motor sobre los ríos Marañón, Amazonas y Ucayali, entre la espesura de la selva amazónica, la epidemióloga Magaly Blas y su equipo se trasladan para monitorear a 84 comunidades nativas de Loreto. Con una reorganización de recursos y el compromiso de sus habitantes, han encontrado una oportunidad para mejorar las condiciones de salud de las embarazadas y los recién nacidos en las áreas rurales de este departamento. De hecho, Loreto registra la tasa de fecundidad más alta del país, con 3,7 hijos por mujer, según datos del INEI de 2017. Además, de acuerdo con un informe del Ministerio de Salud (Minsa) del mismo año, tiene la menor densidad de médicos: solo 6,2 profesionales por cada 10 mil habitantes.

“Si pones la lupa en las áreas rurales de la Amazonía como las que intervenimos, la literatura indica que la mortalidad es de 31 bebés por cada mil que nacen. Más del triple del promedio

nacional”, advierte Blas, fundadora de Mamás del Río, un proyecto de la Universidad Peruana Cayetano Heredia que desde el 2015 busca cambiar las prácticas de cuidado y atención de salud materna y neonatal. Mezclando la tecnología con estrategias comunicacionales y la cultura local, capacitan a madres gestantes, parteras, agentes comunitarios y al personal de salud de la zona para evitar muertes y enfermedades prevenibles. Así, se busca favorecer la primera y corta etapa del desarrollo infantil temprano (que abarca desde la gestación hasta los primeros tres años de vida).

Una investigación publicada en *The Lancet*, en 2014, advirtió que invertir 1,15 dólares por persona para elevar la cobertura de intervenciones de salud, en 75 países con alta mortalidad —entre ellos, el Perú—, podría prevenir dos millones de muertes neonatales por año para el 2025, lo que equivale a tres cuartos del total de este tipo de fallecimientos. Además, un informe de la Cumbre Mundial Innovación en la Salud, de 2016,

anota que una de las “mejores inversiones” posibles resulta ser el gasto en salud materno-infantil: por cada dólar invertido, se puede esperar un beneficio de nueve a 20 dólares.

En los últimos años, el Perú sí ha tenido avances importantes en la reducción de indicadores preocupantes. Un estudio del movimiento global Countdown to 2015 ha destacado el descenso en 51% de la tasa de mortalidad neonatal del país entre 2000 y 2013, periodo en el que pasó de 16,2 decesos por cada mil nacidos vivos a ocho decesos por cada mil nacidos vivos. Según los propios estimados de la Organización de las Naciones Unidas, el Perú ocupa hoy el quinto lugar en Sudamérica entre los países con las menores tasas calculadas. Es precedido por Uruguay, Chile, Argentina y Ecuador.

Sin embargo, el desafío sigue siendo mejorar los indicadores de las áreas más remotas del país. Por ejemplo, a pesar de la tendencia a la baja observada en el tiempo, los últimos datos oficiales publicados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 2018, revelan que en zonas rurales la mortalidad neonatal se incrementó. El promedio pasó de once fallecimientos por cada mil nacidos vivos a 14, entre los periodos bianuales 2016-2017 y 2017-2018. Hoy, la cifra nacional está alrededor de diez.

En efecto, una comparación entre los departamentos del Perú evidencia tanto su evolución como sus desigualdades. Según datos del Ministerio de Salud, de 2018, en Lima, el 99,8% de las embarazadas recibió atención prenatal de parte de un profesional de la salud calificado, y el 99,9% fue asistida por uno durante el parto. Cifras por encima del 90% se presentan en casi todo el país. Pero en Loreto, solo el 76,8% de las gestantes recibió esta clase de atención previa y apenas el 67,6% al momento de dar a luz. En este departamento, el 11% de los niños nació con bajo peso — un condicionante del retraso de crecimiento—, la segunda cifra más alta del territorio después de la registrada en Pasco (11,3%).

Y de acuerdo con un último censo efectuado por Mamás del Río, en 74 localidades de la Amazonía rural, antes de ser intervenidas, solo 35% dio a luz en un establecimiento de salud, frente al promedio nacional de 93%.

Blas espera pronto medir sus resultados y que la experiencia del proyecto pueda alimentar la política de primera infancia del Gobierno, además de ser implementada a nivel operativo por instituciones estatales y privadas. Por lo pronto, el Gobierno de Colombia ya ha demostrado su interés firmando un convenio binacional. Se prevé que pronto Mamás del Río se expanda más allá de la frontera peruana con este país, llevando más salud neonatal por las largas orillas del río Putumayo.

ACCESO A SERVICIOS	
ATENCIÓN POR PROFESIONAL DE SALUD CALIFICADO (%) 2017	
EN EL PARTO	
Lima	99,9
Tacna	98,6
Ucayali	80,3
Loreto	67,6
Ayacucho	99,1
Huancavelica	95,5
Cusco	98,7

GRÁFICO 1: Gestantes de la selva tienen menor acceso a salud
FUENTE: INEI- MINSa, 2018.

REVISABLE EN: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4656.pdf>. P. 24.



GRÁFICO 2: Retraso en el crecimiento en la región en niños menores de cinco años.

FUENTE: OPS - 2019 e INEI (2019). El dato de Perú se ha actualizado con la última cifra de INEI publicada para el año 2018.

REVISABLE EN: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y, p. 25

UNA INVERSIÓN INTELIGENTE

A la par con el desarrollo socioafectivo y cognitivo, la vida de un niño queda definida por la nutrición que recibió desde su gestación hasta sus primeros 24 meses de nacido. Los especialistas llaman a esta etapa “la ventana de los mil días”, periodo en el que resulta fundamental evitar problemas alimentarios que afecten de forma irreversible su desarrollo físico e intelectual, como la deficiencia de hierro, la anemia y la desnutrición. Israel Ríos, oficial regional de Nutrición de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), explica que esa es la etapa precisa en la que deben hacerse intervenciones efectivas a favor de la alimentación de los infantes.

“Si ya se ha superado esa ventana, en poco o nada se va a poder revertir este problema que incrementa la mortalidad, las enfermedades e infecciones, que lleva a tener una menor retención de aprendizaje y una menor capacidad para obtener un empleo digno”, advierte. En esa etapa del crecimiento, se forman de mil a más conexiones neuronales por segundo —de acuerdo con un estudio del Center for Strategic & International Studies (CSIS), de 2019—, y la evidencia científica ha comprobado el impacto que ocasiona la anemia y la desnutrición infantil en el desarrollo cerebral. Al cabo de los tres primeros años de vida, según un estudio del laboratorio de impacto social —Aporta— de 2018, se desarrolla el 85% del cerebro. Si se mantuvieron las complicaciones de salud, el deterioro estará consumado. “Es truncar la vida de un pequeño que va a llevar estas secuelas para toda la vida”, señala el experto.

Por ello, el estudio del Banco Mundial “An Investment Framework for Nutrition” (2017) sostiene que, a diferencia de otras inversiones orientadas al desarrollo, las que se hacen sobre

la nutrición son durables, inalienables y portables. “Durables porque las inversiones hechas durante la ventana de oportunidad crítica de los mil días duran para toda la vida, sin necesidad de volver a proveerlas nunca más. Inalienables y portables porque pertenecen a cada niño o niña, sin importar qué ocurra ni adónde vayan”, escribe Timothy Grant Evans, director de Salud, Nutrición y Población de este organismo, en la presentación del documento.

La vida de un niño queda definida por la nutrición que recibió desde su gestación hasta sus primeros 24 meses de nacido. Los especialistas llaman a esta etapa “la ventana de los mil días”.

En el Perú, la desnutrición crónica infantil, una patología que ocasiona retraso en el crecimiento, ha tenido una intervención efectiva durante sucesivos periodos gubernamentales, algo que ha sido reconocido a nivel internacional. Este padecimiento pudo reducirse en niños menores de cinco años de 28% a 12,2%, entre 2008 y 2018. Como se sabe, la desnutrición se convirtió en una prioridad política luego de que la sociedad civil organizada comprometiera a los políticos en la campaña electoral de 2006. Se decidió entonces trazar programas basados en evidencia y se estableció el presupuesto por resultados (2008). También fue clave el programa social Juntos, con transferencias monetarias a las madres, entonces condicionadas a que lleven a sus hijos a sus controles de salud.





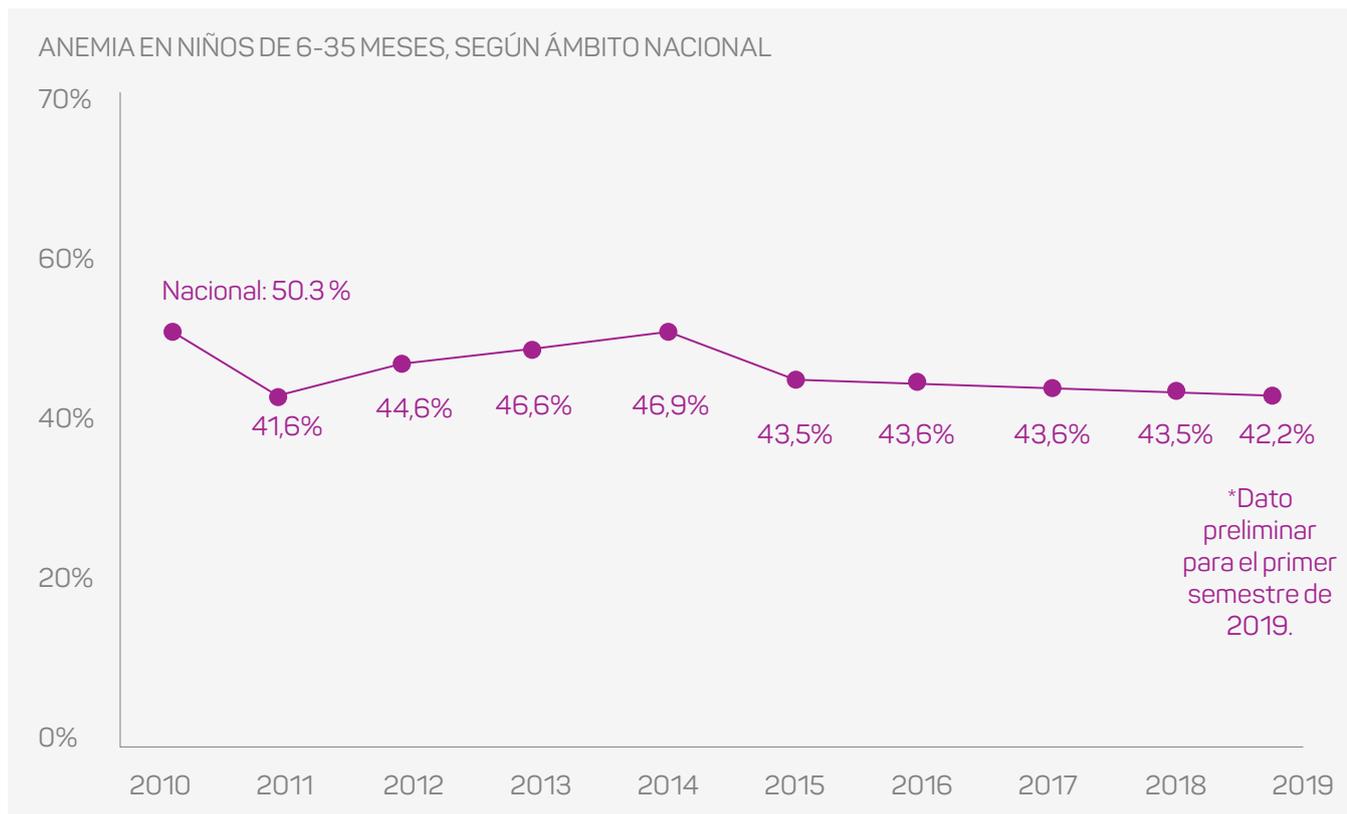


GRÁFICO 3: Una estadística estancada

FUENTE: Observatorio de la Anemia - MIDIS/INEI (2019) e INEI (2019).

REVISABLE EN: http://sdv.midis.gob.pe/Sis_Anemia/Comoestamos

La actual gestión de Gobierno se ha impuesto la meta de reducir la desnutrición hasta el 6% en el 2021. Como referencia, Chile tiene 1,8% (2014); Estados Unidos, 3,5% (2016); Paraguay, 5,6% (2018); Haití, 21,9% (2017), y Guatemala, 46,7% (2015), de acuerdo con tablas comparativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 2019.

En el informe "Dando la talla", del Banco Mundial (2017), el presidente de este organismo multilateral, el médico Jim Yong Kim, asegura que los niños con retraso de crecimiento pueden presentar hasta 40% menos volumen cerebral que los niños sanos al cabo de los primeros mil días de vida. Por esta razón, aún resultan inquietantes los niveles de desnutrición reportados en el último año en Huancavelica (32%), Cajamarca (27,4%) o Huánuco (22,4%). Las desigualdades saltan a la vista en el mapa: el promedio de incidencia en la costa fue 6%; en la selva, 17,2%, y en la sierra, 21,1%, en 2018.

La pediatra Marilú Chiang, directora ejecutiva de la ONG Prisma, advierte que donde siguen altos los valores de desnutrición —localidades rurales y comunidades nativas— ahora se deben impulsar intervenciones más específicas. Por ejemplo, utilizar sus propios idiomas y tomar en cuenta sus prácticas culturales.

Por otro lado, las estadísticas anuales de anemia infantil, asociada con problemas de

rendimiento cognitivo, de desarrollo cerebral y un mayor riesgo a contraer infecciones, revelan un estancamiento en la reducción de este padecimiento y hasta un ligero retroceso. Por ejemplo, en 2011, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el 41,6% de los niños peruanos menores de tres años sufría de anemia. En 2018, la cifra nacional alcanzó al 43,5%, y en la sierra y en la selva se evidenciaron las mayores tasas: uno de cada dos la sufrió.

El Center for Strategic & International Studies estima que el 45% de las muertes infantiles están relacionadas a las distintas formas de malnutrición.

¿Qué representan estas cifras de anemia? Un problema de salud pública grave. Para la Organización Mundial de la Salud, corresponde tal clasificación cuando la prevalencia de este condición clínica es mayor al 40%, como sucede en el caso peruano.

"Yo diría que la anemia nunca fue descuidada, pero todavía requiere una discusión serena entre académicos, diseñadores de políticas y quienes las implementan", sostiene Luis Huicho, investigador y docente de la Universidad Peruana Caye-

Con datos de 2017, el Banco Mundial colocó al Perú en el puesto 72 del mundo y octavo en la región: un niño promedio que nace en este país puede alcanzar solo el 59% de la productividad total que podría alcanzar con educación y salud plenas.

tano Heredia. De acuerdo con el experto en salud pública, en el mundo científico ni siquiera existe consenso sobre qué es anemia, si la hemoglobina en la sangre es el mejor indicador para diagnosticarla ni con qué dispositivo medirla. Con la desnutrición infantil, el estándar es claro: la talla del niño según su edad. Pero con la anemia, la hemoglobina en la sangre varía según la edad del niño y la altura en la que vive. Esto dificulta el abordaje del problema.

Mientras tanto, el Center for Strategic & International Studies estima que el 45% de las muertes infantiles están relacionadas a las distintas formas de malnutrición. Viendo el problema a largo plazo, Ríos anota que muchas complicaciones relativas al sobrepeso, la diabetes o enfermedades renales en una población adulta tienen su génesis en los primeros años de vida. "Invertir en la primera infancia para garantizar el derecho a la alimentación adecuada va a tener como resultado una población más sana a futuro y un menor gasto por manejo de enfermedades crónicas no transmisibles", añade.

En su último Índice de Capital Humano, con datos de 2017, el Banco Mundial colocó al Perú en el puesto 72 del mundo y octavo en la región: un niño promedio que nace en este país puede alcanzar solo el 59% de la productividad total que podría alcanzar con educación y salud plenas. La institución internacional recalcó que, ese año, el 13% de los niños aún tenía retraso de crecimiento y peligro de sufrir "limitaciones cognitivas y físicas que duren para toda su vida".

De hecho, el International Food Policy Research Institute ha estimado en 2014 que — en 40 países de África y Asia—, por cada dólar invertido para incrementar las intervenciones de nutrición, se podría esperar un retorno promedio de 16 dólares. Por otro lado, un reporte de USAID y Global Alliance for Improved Nutrition, de 2017, ha calculado que los niños menores de cinco años con deficiencia de hierro verán reducidos los ingresos de toda su vida laboral en 2,5%.

Para el caso peruano, un estudio de Grade, de 2012, estableció que los costos que la anemia dejó en el 2009 en el país podían ser calculados en 2777 millones de soles. De este monto, 1285 millones se debían solo a la pérdida cognitiva de los trabajadores adultos por padecer anemia de niños y 605 millones a la pérdida de productividad laboral por la misma causa.

Lorena Alcázar, investigadora de Grade y autora del estudio, comenta que brindar suplementos con hierro a todos los niños peruanos para curar y prevenir esta patología costaría mucho menos que asumir las consecuencias en el futuro, que equivaldrían al 0,62% del PBI según los cálculos de entonces. "Es totalmente 'costo-efectivo' tener una política de esa naturaleza frente a lo que



Datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Minsa confirman que la prematuridad es, precisamente, la principal causa de muerte neonatal. El año pasado, el 26,3% de todas las muertes de recién nacidos se debió a nacimientos ocurridos antes de tiempo.

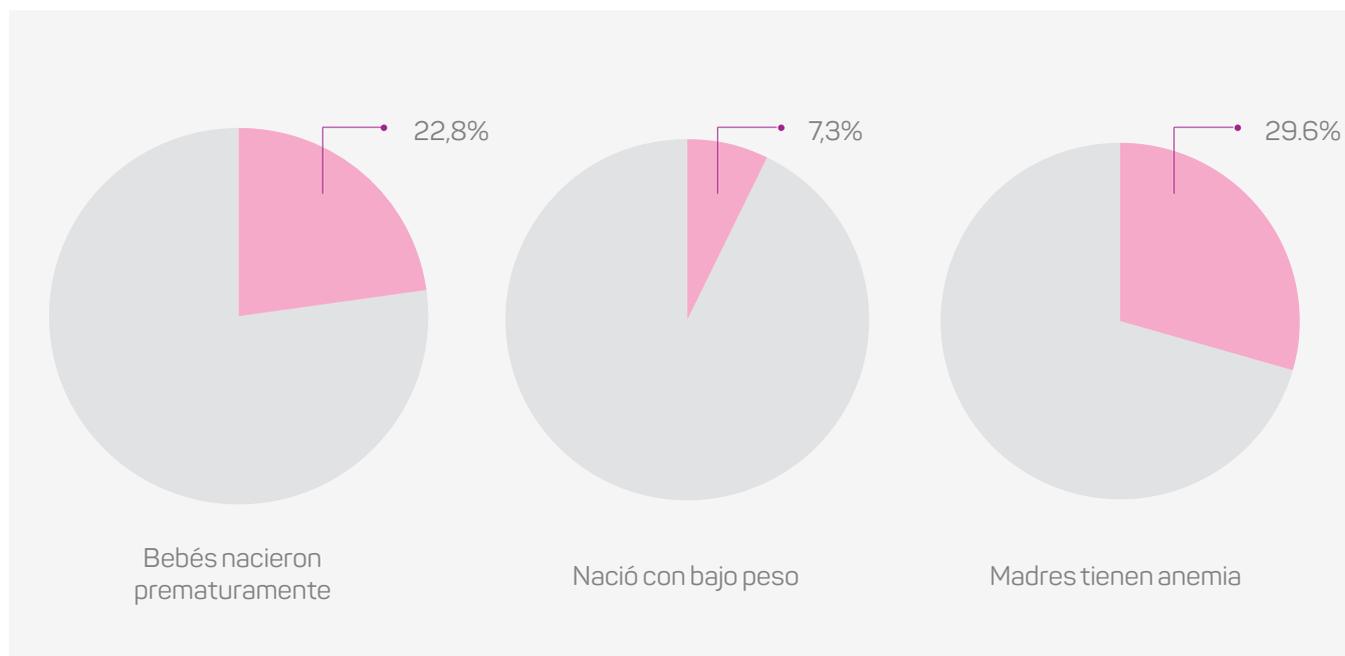


GRÁFICO 4: Situación de recién nacidos y madres gestantes
FUENTE: MIDIS - INEI (2018)

se ahorra el país en términos del impacto económico ocasionado por la anemia, sobre todo por los efectos en el largo plazo”, señala.

En este sentido, lo que se ve afectado es la salud y el potencial de cada niño, así como también el desarrollo del país en los próximos años.

¿Por dónde empezar? “Un abordaje integral para mejorar la nutrición de niños, mujeres gestantes, niñas adolescentes y otras mujeres en edad fértil podría ser más eficiente y ‘costo-efectivo’ que enfocarse solo en un aspecto específico de la malnutrición (por ejemplo, solo anemia)”, ha señalado el ya citado estudio “An Investment Framework for Nutrition”, del Banco Mundial (2017).

GESTAR MEJORAS

Ángel Gonzales, director general de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Minsa, coincide en que, para abordar la problemática nutricional en el marco del desarrollo infantil temprano, debe ponerse el foco del cuidado desde la gestación. “Una mamá, para tener un recién nacido en buenas condiciones, tiene que estar bien alimentada y suplementada”, dice. En ese sentido, informa que a las gestantes, estén o no con anemia, se les entrega un suplemento de hierro y ácido fólico por prevención.

Reportes anuales del INEI revelan que ha existido un avance en la cobertura del suplemento ferroso para las mujeres encinta: mientras que en 2010 llegaba al 86,1%, en el 2018 alcanzó al 94,5%. Sin embargo, las que además de hierro recibieron el ácido fólico, así como cuatro controles prenatales dentro del primer trimestre, representaron una cifra menor: 72,5%.

Información de 2018 manejada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) muestra que aún 29,6% de las embarazadas están anémicas. A junio de 2019, solo el 40,6% de gestantes había pasado por un tamizaje en el primer trimestre de embarazo para saber si tenían o no esa deficiencia.

De hecho, la prevención en esa etapa resulta crucial: las estadísticas desagregadas confirman que los niños entre los seis y ocho meses de nacidos (57,4%) y entre los nueve y once meses (61,4%) son los que mayor anemia presentan en el país.

Ya se ha determinado que alrededor de un quinto de los casos de retraso de crecimiento en niños se origina en el vientre materno, algo que se debe a factores como la falta de micronutrientes, el deficiente acceso al agua y saneamiento o malos hábitos de higiene, de acuerdo con el Center for Strategic & International Studies.

Pero los problemas de salud y nutrición en las madres también preocupan porque incrementan el riesgo de que ocurra un parto prematuro —como sucedió en el 22,8% de los nacimientos del año pasado— o que los bebés presenten bajo peso al nacer (7,3%), un condicionante de la desnutrición. El Plan Nacional para la Reducción de la Anemia y Desnutrición Crónica Infan-

til del Ministerio de Salud (2017) afirma que “los niños con estas características [prematuridad y bajo peso] nacen con desventaja, lo cual se ve exacerbado ante la presencia de enfermedades, infecciones o deficiencias de hierro, haciendo más difícil el proceso de recuperación”.

PRIMEROS CUIDADOS

Este año, el ruido político llevó al escrutinio público los fallecimientos de bebés prematuros en los hospitales regionales y el déficit de infraestructura y equipamiento para tratarlos. Entre enero y agosto, ya se habían registrado 17 710 niños nacidos prematuros en el país, de los que 1291 terminaron perdiendo la vida. Datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Minsa confirman que la prematuridad es, precisamente, la principal causa de muerte neonatal. El año pasado, el 26,3% de todas las muertes de recién nacidos se debió a nacimientos ocurridos antes de tiempo. Cifras preliminares revelan que entre enero y abril de 2019 la misma causa representaba una mayor proporción de decesos: 33,4%.

Solo la atención adicional por complicaciones de los partos prematuros tendría un costo anual extra para el Estado de 360 millones de soles, según estimación de Grade, a través del estudio de Alcázar, de 2012.

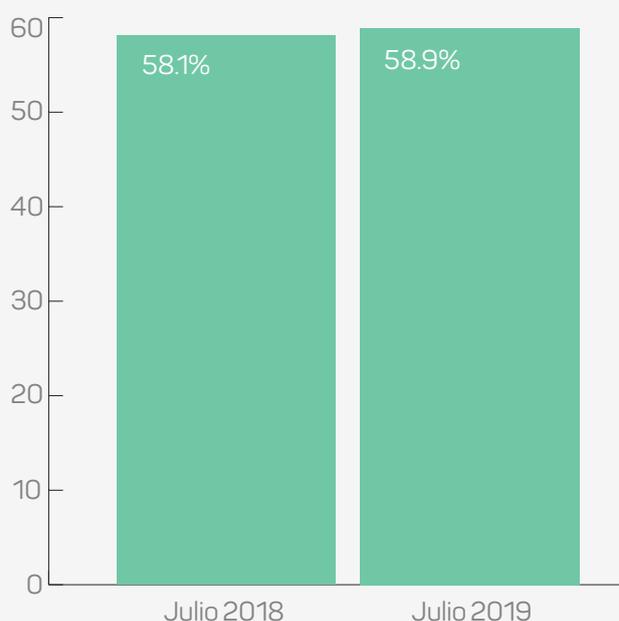
Pero detrás de la prematuridad existe otra problemática: cuatro de cada diez partos prematuros en el Perú provienen de embarazos adolescentes. Si bien la tasa de madres entre los 15 y 19 años en el Perú coincide con la del promedio de Latinoamérica y el Caribe, con 62 por cada mil, los datos sistematizados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) demuestran que el país está en una posición más desfavorable que la del promedio mundial (44 por cada mil) y aún muy lejos de las regiones más desarrolladas (14 por cada mil).

Marilú Chiang, de la ONG Prisma, hace hincapié en la necesidad de prevenir, pues si bien se cumple con la entrega de micronutrientes, no parece haber suficiente adherencia al tratamiento de parte de las gestantes. “Vemos que las mujeres entran al embarazo con anemia”, apunta. En efecto, la prevalencia entre las mujeres en edad fértil aumentó 5,3 puntos porcentuales entre 2011 y 2018, hasta alcanzar al 22,7% de ellas.

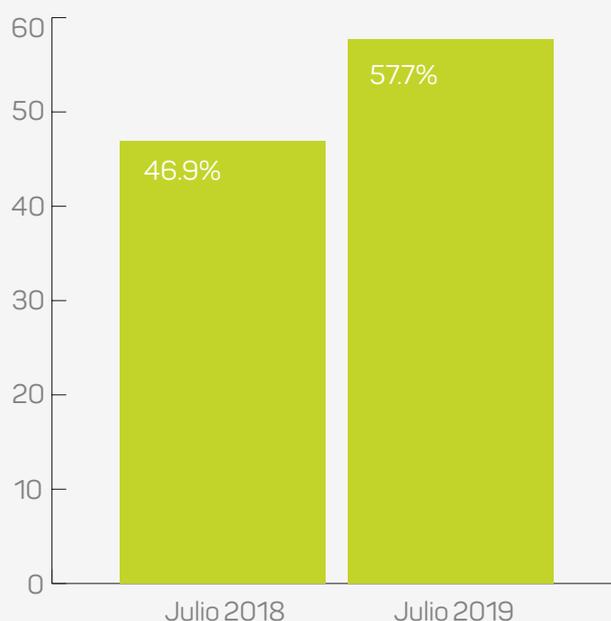
“Ya hay evidencia probada sobre [la eficacia] de suministrar hierro a mujeres no gestantes y desde hace un par de años el Ministerio de Salud está promoviendo el suplemento para las adolescentes. Eso sería importante intensificar”, propone Chiang.

Desde 2017, con la publicación del Plan Nacional de Lucha contra la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil, a cargo del Minsa, se contempla el reparto de suplementos de hierro y ácido fólico para las adolescentes de doce a 17 años como intervención priorizada. En avances presentados en octubre de 2018 ante el Congreso, sin embargo,

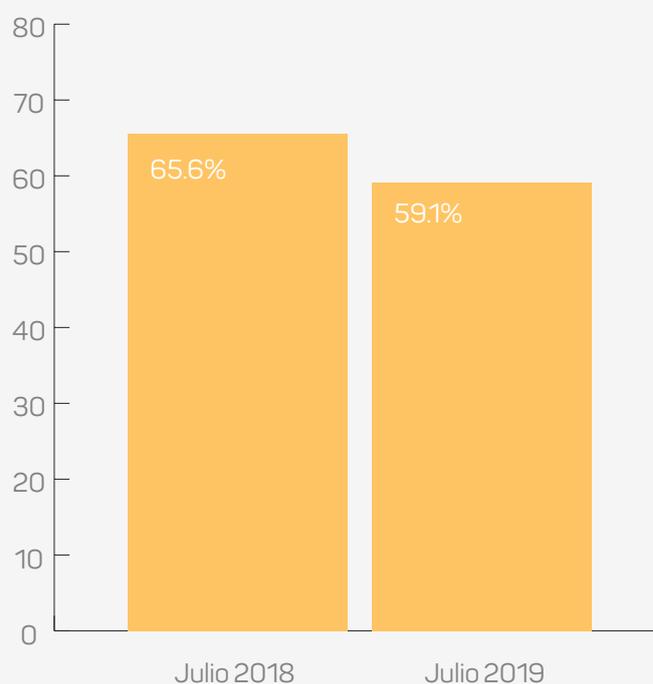
Sin embargo, de acuerdo con los últimos datos a nivel nacional de la plataforma REDinforma del Midis, apenas 27,6% de los niños entre seis y 36 meses habían recibido, a junio de 2019, los micronutrientes de hierro adecuados para su edad, ya sean gotas o polvo.



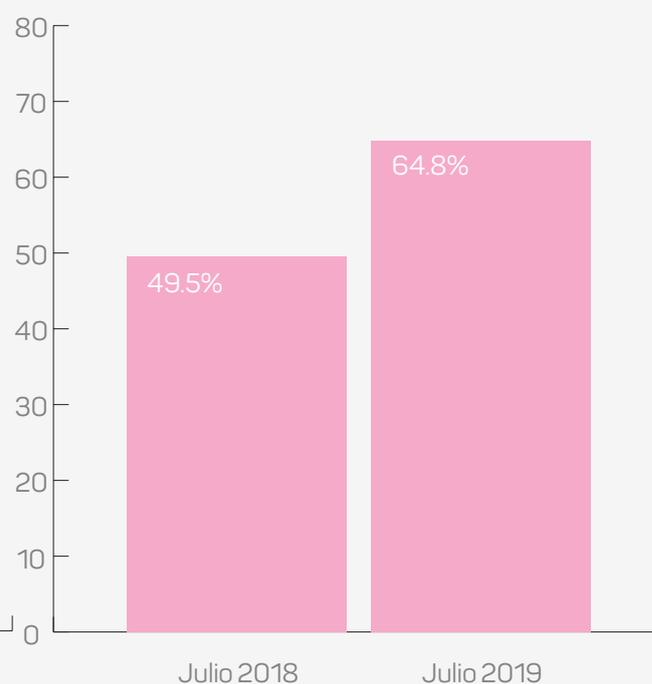
Porcentaje de niñas y niños de 4 meses que inician gotas e hierro



Porcentaje de niñas y niños entre 6 y 8 meses con tamizaje de anemia



Porcentaje de niñas y niños entre 6 y 11 meses sin anemia que recibieron suplementación de hierro de acuerdo a su edad



Porcentaje de niñas y niños entre 6 y 11 meses con anemia que inician tratamiento con gotas o jarabe de hierro

GRÁFICO 5: Cifras cambiantes

FUENTE: MINSA (2019) (de julio 2018 a julio 2019)

REVISABLES EN: http://sdv.midis.gob.pe/sis_anemia/home Y EN: <http://sdv.midis.gob.pe/redinforma/view/inicio.aspx#no-back-button>

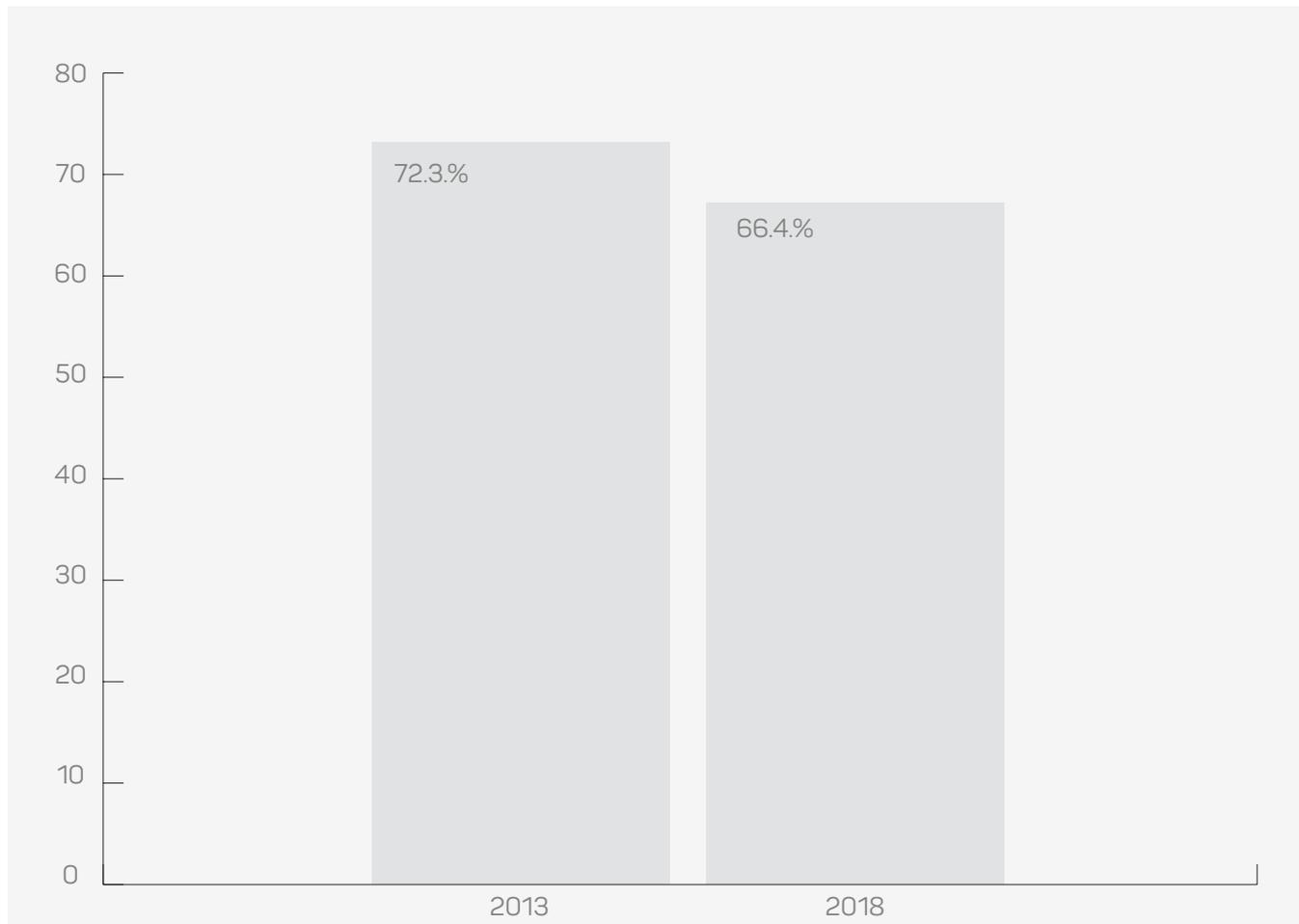


GRÁFICO 6: Menos niños reciben lactancia exclusiva
FUENTE: ENDES - INEI (2019)

se pudo observar que la distribución aún no había sido masificada entre las jóvenes. Entre enero y agosto de ese año, la estrategia había alcanzado a 33 500 adolescentes no gestantes en todo el Perú. En tanto, sus pares del mismo rango de edad ya embarazadas y suplementadas sumaban más de 87 mil.

De acuerdo con un diagnóstico hecho por el Midis en 2018, tanto la prematuridad como el bajo peso al nacer y el embarazo adolescente "son condiciones de riesgo que podrían favorecer la prevalencia de anemia en niños menores de doce meses".

BUSCANDO UNA CADENA DE HIERRO

Entre 2009 y 2011, se registró una experiencia exitosa de reducción de anemia en niños menores de tres años, en 29 establecimientos de salud de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica. La cifra se logró recortar a la mitad: de 70,2% cayó a 33,8%. ¿Cómo? El Ministerio de Salud elaboró un plan piloto con un esquema de entrega de suplementos para asegurar el consumo de hierro en la población infantil por seis meses por año, durante dos años. La estrategia se basó en la evidencia existente sobre la eficacia de la aplicación de micronutrientes para tratar la anemia por defi-

ciencia de hierro, que según Unicef representa en el mundo la mitad de los casos de anemia.

Los logros obtenidos fueron el factor decisivo para impulsar la estrategia en 2014 y para que en 2016 se disponga escalarla a nivel nacional. El Programa Mundial de Alimentos de la ONU, Unicef y el Ministerio de Salud concluyeron que esta debía sostenerse en el tiempo y asegurar una correcta planificación y un seguimiento eficaz de toda la cadena operativa.

Entonces, ¿por qué se sigue reportando hoy el mismo 43,5% de prevalencia que se reportó en 2015?

"No solo es un tema de recursos sino de gestión", sostiene Alcázar. La investigadora considera que la situación de la administración y descentralización del sector salud, la de los Gobiernos regionales y la organización de la cadena del sector hacen "el problema más complejo". "Se trata de que lleguen los suplementos de hierro a las familias", sostiene.

A nivel de política pública, ¿ya se ha despertado una mayor conciencia sobre este padecimiento? "Hasta hace un año hubiera dicho que no", expresa Alcázar. "Llamar la atención sobre cómo las cifras de anemia no se movían, e incluso aumentaban, más un compromiso del Gobierno,

En el ámbito regional, Puno todavía registra 67,7% de niños menores de tres años con anemia, la cifra más alta del país a pesar de haberla reducido más de ocho puntos porcentuales en un año.

ha hecho que el tema esté bastante más en la agenda, en el público común y en las empresas privadas”, afirma la economista.

En 2018, se publicó la Política Nacional de Gobierno al 2021, que tiene entre sus lineamientos prioritarios el de “reducir la anemia infantil en niños y niñas de seis a 35 meses, con enfoque en la prevención”. También se declaró de “prioridad nacional” la lucha contra este mal en ese rango de edad, y se publicó el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social como articulador, por ser un problema multifactorial. Ya en 2017, se había publicado el Plan Nacional para la Reducción de la Anemia y la Desnutrición, a cargo del Ministerio de Salud.

“Hay bastante avance en las políticas que se han dado, las normas, los programas presupuestales, pero falta un poco más de fuerza en acompañar para que se implementen a nivel regional y local”, dice Chiang, que a través de Prisma ha podido conocer la problemática nutricional y administrativa en las zonas más vulnerables del país.

En el ámbito regional, Puno todavía registra 67,7% de niños menores de tres años con anemia, la cifra más alta del país a pesar de haberla reducido más de ocho puntos porcentuales en un año. Asimismo, 18 de los 25 departamentos del Perú, incluido Lima, superan el 40% de prevalencia en este síndrome. Y a nivel de distritos, por ejemplo, en localidades del Cusco, como Ocongate (85,1%) y Oropesa (78%), o de La Libertad, como Angamarca (81%) o Tayabamba (78,7%), el Instituto Nacional de Salud ha podido medir tasas inquietantes el primer trimestre de 2019.

“Creo que aún falta afinar más la estrategia y determinar si debe dirigirse solo a la anemia por falta de hierro o también para otros tipos; si debe haber una estrategia única nacional o varias considerando las particularidades geográficas, culturales y económicas”, comenta por su parte Huicho. “Esas cosas son importantísimas de ser discutidas y definidas, de tal manera que las políticas que se diseñen e implementen sean más finas y tengan mayor chance de éxito”, puntualiza.

Por lo pronto, a pesar de que la lucha contra la anemia está pensada como una estrategia de alcance masivo, los niños de seis a 36 meses, que en el 2018 habían consumido los micronutrientes “en la última semana” al momento de la encuesta, representaron solo al 31,3% de la población de ese rango de edad (Midis).

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social identificó el año pasado algunas razones por las que no se estaban consumiendo los micronutrientes recomendados. Entre los profesionales de la salud, había desconfianza debido a un caso anterior de un lote contaminado de micronutrientes, que obligó a retirar todo el stock. A ello se sumaron cambios en las recomendaciones de consumo y preparación que se debían dar. Además, el perso-

nal estaba “no muy convencido” de la estrategia porque solo exigía brindar información y distribuir el suplemento, y había pocos recursos para hacer seguimiento al desarrollo de los niños con visitas domiciliarias.

Para 2019, el presupuesto público destinado a la lucha contra la anemia aumentó 11% respecto al presupuesto de 2018. Además, se decidió asignar 50 millones a los Gobiernos locales para desarrollar y financiar un programa de visitas domiciliarias orientado a los niños de cuatro a 36 meses, como parte de una nueva propuesta de descentralización. Así, este año, se incorporó en el Programa de Incentivos Municipales —que premia a los Gobiernos locales con transferencias de recursos financieros— la “Meta 4”. El nuevo objetivo promueve que cada distrito cree una Instancia de Articulación Local, un grupo de trabajo liderado por cada alcalde para vigilar el estado nutricional de los menores de un año. También, promueve que sean los distritos los que ejecuten las visitas domiciliarias semanales con la ayuda de “actores sociales”, con un mínimo de cobertura entre 60% y 80% para el final de este año.

“Los recursos humanos en establecimientos de salud son insuficientes [en las localidades]. La estrategia de apoyarse en los agentes comunitarios [voluntarios] es buena pero hay que capacitarlos y esto toma tiempo”, dice Chiang. La pediatra resalta que hay que insistir en esta propuesta, ya que a veces por falta de resultados inmediatos se suelen abandonar algunas prácticas.

Información de 2018 manejada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) muestra que aún 29,6% de las embarazadas están anémicas.

Para agosto de 2019, ya se habían instalado estas Instancias de Articulación Local en 863 municipios y se había inscrito a más de 102 mil niños, según cifras manejadas por la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza. En este espacio de diálogo, se ha coincidido en que es necesario fortalecer monitoreo y planes, así como promover la participación ciudadana “para lograr impacto y sostenibilidad en la intervención a nivel local/comunitario”, según un documento de propuestas.

Por otro lado, para asegurar el consumo del suplemento también hay que poner a los padres en la ecuación. El Midis (2018) ha evidenciado prácticas entre las mismas familias que complican la prevención y el tratamiento de la anemia. Por ejemplo, algunos padres mezclan los suplementos con la comida caliente (a más de 60 grados centígrados se derrite el hierro y da mal

sabor), hay prácticas de higiene poco adecuadas y el suministro de hierro se da a discreción del cuidador. Y el entorno también influye, como la costumbre de preparar sopas y caldos (que hacen que el hierro flote y se quede en los bordes de la vajilla), además de cierta “resistencia a lo foráneo” frente a lo que entrega el Estado y las propias particularidades culturales.

“Si bien las familias han mejorado sus conocimientos, para que realicen las prácticas adecuadas también se tiene que persistir y se requiere que haya un mismo mensaje desde el centro de salud, desde el médico, desde la enfermera y del agente comunitario [que hace la visita domiciliaria de seguimiento y prevención]”, dice Chiang.

El BID ha calculado que, en las zonas de más difícil acceso del Perú, el 43% de los casos de anemia crónica de los menores de tres años tiene como causa la falta de agua limpia.

En las comunidades en las que ha intervenido Prisma, las familias suelen manifestar su preocupación por los efectos secundarios normales como el estreñimiento o el cambio de coloración en las heces, lo que puede hacer que suspendan el tratamiento por falta de información oportuna. En ese sentido, las visitas frecuentes a casa resultan fundamentales.

Ángel Gonzales, del Ministerio de Salud, informa que el alcance de las visitas domiciliarias semanales a niños de cuatro a cinco meses pasó del 21% al 49% de cobertura, de julio de 2018 a julio de 2019. El funcionario también menciona otras cifras preliminares que maneja el ministerio en el mismo comparativo interanual: los tamizajes para identificar la anemia entre niños de seis a ocho meses subieron del 46,9% al 57,7% (aunque la meta del 2019 todavía es 80%) y el porcentaje de niños anémicos de seis a 11 meses que iniciaron el tratamiento mejoró de 49,5% a 64,8%.

Sin embargo, de acuerdo con los últimos datos a nivel nacional de la plataforma REDinforma del Midis, apenas 27,6% de los niños entre seis y 36 meses habían recibido, a junio de 2019, los micronutrientes de hierro adecuados para su edad, ya sean gotas o polvo. Esto implica un considerable retroceso respecto al 38,6% que se registró el mismo mes del año anterior.

Por su parte, Ariela Luna, ministra de Desarrollo e Inclusión Social, explica que este año el Gobierno ha puesto el foco en revisar la apuesta estratégica contra la anemia, porque esta “se había desvirtuado”. “Se trabajaba mucho en que los niños tenían que comer galletas fortificadas, en que los fideos tenían que estar enriquecidos,



en que todo lo comestible tenía que tener hierro. Pero para reducir la anemia a los chicos hay que darles hierro desde los cuatro meses”, asegura.

De hecho, la prevención en esa etapa resulta crucial: las estadísticas desagregadas confirman que los niños entre los seis y ocho meses de nacidos (57,4%) y entre los nueve y once meses (61,4%) son los que mayor anemia presentan en el país.

“Si logramos que de los cuatro a los seis meses tomen las gotas de hierro todos los días, la anemia va a bajar definitivamente. Lo que ha estado pasando es que los chicos no accedían a las gotas de hierro (...)”, añade Luna. Información pública del Ministerio de Salud revela que el indicador de los niños que empezaron a tomar suplementos de hierro a los cuatro meses se expandió de forma significativa. La cobertura en todo el país escaló de 26,4% a 60,8%, entre enero de 2018 y abril de 2019. En Tacna, Ayacucho, Cusco, Apurímac y Huancavelica, se superó el 80%. Luna asegura que hoy la cifra nacional también estaría alrededor del 80%.

El objetivo de reducción de anemia que ha establecido el Ministerio de Salud para este año es de 39,4%. Hasta el momento, un reporte publicado por el INEI, para el primer semestre del 2019, recoge que en la primera mitad de este año se ha rebajado la prevalencia a 42,2%. El Gobierno ha anunciado su compromiso de hacerla retroceder por debajo del 20% para el 2021, algo que implica-

ría pasar de un problema de salud pública grave a uno de calificación leve en apenas dos años.

Ya una encuesta nacional del Instituto Integración de RPP, elaborada por Ipsos, había revelado en 2016 que el 52% de la población calificaba como “insuficientes” los esfuerzos de la gestión del Poder Ejecutivo anterior (2011-2016) en la lucha contra la anemia. La meta que el actual Gobierno se ha impuesto ahora es ambiciosa. La expectativa de la población también lo es.

DETERMINANTES DEL CAMBIO

Otro factor que influye en la salud y en la nutrición es el agua segura, que aún hoy en Perú es un recurso escaso. Al 2018, más de tres millones de peruanos carecían de acceso a la red pública de agua y 7,4 millones no contaban con servicio de alcantarillado. Y en áreas rurales, solo el 2% cuenta con agua clorada, según datos del Midis de 2017. Estas circunstancias incrementan los riesgos de sufrir con mayor frecuencia diarreas —por contaminación por parásitos y otras infecciones—, que generan una gran pérdida de nutrientes.

A ello se le suma que solo el 6,4% de las madres se lava las manos en momentos críticos, según el Midis. El BID ha calculado que, en las zonas de más difícil acceso del Perú, el 43% de los casos de anemia crónica de los menores de tres años tiene como causa la falta de agua limpia. El Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento calcula que cerrar la brecha de infraestructura de agua y



saneamiento para el 2021 requeriría una inversión de 49 500 millones de soles.

Por otro lado, la pobreza y el tipo de alimentación diaria también alteran de manera considerable el estado nutricional infantil. Según Ríos, experto de FAO, la pobreza —que afecta al 42,1% de la población rural— y la falta de información llevan a las familias a gastar sus ingresos en dietas poco saludables. La anemia es una enfermedad que en el quintil más pobre de la población aqueja al 55,3% de los niños, mientras que en el quintil menos pobre la padece el 26,3%, según la FAO. De acuerdo con el mismo organismo, los niños más pobres tienen once veces más probabilidades de sufrir retraso en su crecimiento que los niños más ricos.

Un estudio realizado en Perú la década pasada (2005) concluyó que las mujeres en edad fértil, y los niños de doce a 35 meses en situación de pobreza, mostraban un mayor consumo de cereales refinados, azúcares simples y tubérculos, alimentos altos en carbohidratos pero baratos y de fácil acceso. Las carnes y la leche tenían un menor consumo entre el mismo grupo, lo que se traducía en una ingesta menor de micronutrientes de hierro, calcio, zinc, entre otros.

Para mitigar la falta de información, el Minsa organiza “sesiones demostrativas de alimentos”, que han alcanzado al 61% de las madres de niños de seis a ocho meses a agosto de este año. En estas, se fomenta el consumo de los alimentos ricos en hierro de origen animal (la sangrecita, la carne roja, los pescados de carne oscura, el hígado, el bofe, entre otros), que son los que mejor asimila el organismo del niño, y se enseña cómo prepararlos. “Ahora muchos nos dicen ‘¿qué hacen ustedes promoviendo ciertos alimentos?’, pero ahí está la solución definitiva a los problemas”, dice Gonzales.

Una estadística que podría encender las alarmas es la caída de la práctica de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, pues esta ha pasado de beneficiar al 72,3% de los bebés al 66,4%, entre 2013 y 2018. Una publicación del Banco Mundial (2017) detalla que las personas que han sido amamantadas de pequeñas poseen 2,62 puntos de cociente intelectual (IQ) más que aquellas que no. Además de proteger de infecciones, la lactancia fortalece el vínculo del niño con la madre, una relación llamada apego, que influirá en su desarrollo emocional y en sus relaciones interpersonales en el futuro.

“El apego es tan importante como el hierro”, dice la ministra Luna. En este sentido, la funcionaria resalta que el desarrollo del niño debe abordarse “en positivo” y de manera integral, no por sus componentes por separado. Así, la lucha contra la anemia es importante, incluso prioritaria para el Gobierno, pero insiste en que va enmarcada dentro de una estrategia más amplia de “desarrollo infantil temprano”, que es la trazada por los lineamientos de la política Primero la Infancia (2016). ¿Pero no es la anemia la que impacta en nuestro capital humano? “El desarrollo infantil temprano impacta en el capital humano”, aclara Luna.

La estrategia de Primero la Infancia fue aprobada y lanzada en julio de este año, y persigue siete resultados priorizados. Aparte del adecuado estado nutricional del niño, también se propone alcanzar la gestación saludable, el apego seguro, la comunicación verbal efectiva, el desarrollo motriz, la regulación de emociones y la función simbólica. Así, se espera que las Instancias de Articulación Local, dirigidas por los alcaldes, jueguen un rol protagónico en el desarrollo infantil temprano.

La estrategia contempla cuatro paquetes de servicios en 1226 distritos del país, orientados desde gestación hasta los 71 meses. Incluye controles prenatales, de crecimiento, visitas domiciliarias, agua clorada en casa, asistencia al centro salud, matrícula en un centro educativo, intervención de programas sociales, etcétera.

“El desarrollo infantil temprano es un proceso complejo, multidimensional, progresivo y que se va armando. Y depende de que el niño tenga hierro, que se alimente bien, que lo quieran, que lo estimulen y que le hablen. Necesita la interacción porque el entorno determina el 65% de su vida. El amor produce tanto bien como la sangrecita que come”, explica Luna.

Aún es pronto para observar resultados a partir de los recientes ajustes a esta estrategia de desarrollo infantil temprano. El INEI ya empezó en 2018 a medir nuevos indicadores que permitirán evaluar los avances al compararlos con los de 2019. Al mismo tiempo, el reloj corre para toda una generación de niños peruanos, a los que convendrá que esta nueva estrategia se mantenga durante las siguientes gestiones y que llegue, sobre todo, a las zonas más vulnerables con una eficiente descentralización. En definitiva, que la política madure antes que ellos.

