

PLAN MULTISECTORIAL DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA



PERÚ Presidencia del Consejo de Ministros



PERÚ Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento



PERÚ Ministerio de la Producción



PERÚ Ministerio de Salud



PERÚ Ministerio de Defensa



PERÚ Ministerio de Cultura



PERÚ Ministerio de Agricultura y Riego



PERÚ Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo



PERÚ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables



PERÚ Ministerio de Economía y Finanzas



PERÚ Ministerio de Educación



PERÚ Ministerio del Interior



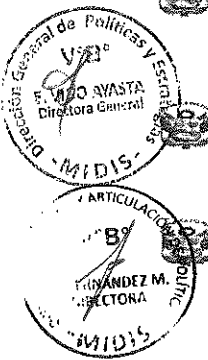
PERÚ Ministerio del Ambiente



PERÚ Ministerio de Transportes y Comunicaciones



PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social



EL PERÚ PRIMERO

Contenido

PRESENTACIÓN	3
1. DEFINICIÓN Y ALCANCE	7
2. BASE NORMATIVA	7
3. LA ANEMIA INFANTIL.....	9
4. OBJETIVOS DEL PLAN	20
5. POBLACIÓN OBJETIVO	21
6. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN.....	21
7. INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA ANEMIA	22
8. COMPONENTES ESTRATÉGICOS	27
9. ACTORES Y RESPONSABILIDADES.....	40
10. INDICADORES Y METAS	42
11. PRESUPUESTO	43
12. BIBLIOGRAFÍA.....	45

ANEXOS

1. Indicadores de seguimiento multisectorial
2. Indicadores de intervenciones sectoriales Año 1
3. Documentos normativos de los compromisos asumidos por los Gobiernos Regionales en la reducción de la anemia
4. Acciones Multisectoriales priorizadas por componente estratégico

PRESENTACIÓN

La Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social establece como primer y segundo eje estratégico de intervención la Nutrición Infantil y el Desarrollo Infantil Temprano de niñas y niños de cero a cinco años de edad en situación de pobreza y vulnerabilidad, respectivamente; en tal sentido promueve medidas orientadas a lograr una adecuada nutrición, cuidado y protección de niñas y niños desde el nacimiento, así como el fortalecimiento de entornos familiares y comunitarios seguros y libres de violencia, para el desarrollo adecuado de sus capacidades y competencias físicas, cognitivas, emocionales y sociales, que aseguren su bienestar presente y futuro, y eviten la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Según lo señalado en los Lineamientos “Primero la Infancia”, el desarrollo infantil temprano es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas que permiten a la niña y niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.¹

El desarrollo infantil temprano es una de las cuatro prioridades de la política social del Gobierno, aprobadas por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) en octubre de 2016,² lo cual parte del reconocimiento de que la inversión social en la primera infancia no solo es deber del Estado en el marco de la protección de los derechos del niño/a, sino además del convencimiento de que dicha inversión es la más rentable a corto, mediano y largo plazo. Ello por cuanto en los primeros años de vida se consolida la arquitectura básica del cerebro, lo que permite el desarrollo de las capacidades de la niña o niño para interrelacionarse positivamente con los demás, tomar iniciativas desde sus capacidades motrices y resolver situaciones problemáticas. Paradójicamente, es también la etapa del desarrollo humano de mayor vulnerabilidad, siendo sus efectos irreversibles. Es por ello que esta etapa de vida requiere de la acción articulada del Estado, a nivel intersectorial e intergubernamental, orientada al logro de los siete resultados de desarrollo infantil temprano en niños y niñas menores de 5 años, especialmente de aquellos/as que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad, con el propósito de lograr la igualdad de derechos.

El nacimiento saludable y el adecuado estado nutricional de niñas y niños de 0 a 36 meses de edad son dos de los siete resultados de desarrollo infantil temprano que contribuyen en gran medida al crecimiento saludable y formación de ciudadanos y ciudadanas responsables, productivos para sí mismos, su familia y la sociedad.³

Del mismo modo según lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño y el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021⁴, considera como parte de sus ejes estratégicos, la “Nutrición Infantil” y el “Desarrollo Infantil Temprano”, en niños/as menores de 5 años de edad, con el propósito de contribuir en el aseguramiento del desarrollo

¹ Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia”, aprobados por DS N° 010-2016-MIDIS.

² Junto con i) la reducción de la pobreza y la erradicación de la pobreza extrema, ii) el cierre de brechas de acceso a infraestructura básica en el hogar, y iii) el cierre de brechas de desarrollo en la Amazonía. Tercera Sesión Ordinaria de la CIAS, octubre de 2016.

³ Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia”, aprobados por DS N° 010-2016-MIDIS.

⁴ Aprobado por D.S. N° 001-2012-MIMP y elevado a rango de ley por la Ley N° 30362.

integral y ejercicio pleno de los derechos de la primera infancia, especialmente de aquella que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad⁵.

Sin embargo, pese a que en los últimos siete años la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años en el Perú ha disminuido en 6,6 puntos porcentuales, de alrededor del 19,5% en el año 2011 a cerca del 12,9% en el año 2017⁶; la anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad a nivel nacional, sigue siendo un reto por atender y constituye uno de los problemas más severos de salud pública del país⁷, siendo la prevalencia de anemia en ese rango de edad de 43.6% valor que se mantiene respecto al año anterior, lo cual implica que aproximadamente 743 mil niños menores de 3 años padecen de anemia y por consiguiente su desarrollo se encuentra en riesgo. Hay regiones como Puno en las que la prevalencia de anemia alcanza el 76%. El grupo etario más afectado son las niñas y niños de 6 a 11 meses de edad, donde la anemia afecta al 59.6%, siendo el período más crítico para el desarrollo infantil temprano dada la acelerada evolución neurológica que se registra en esta etapa de la vida. De otro lado en gestantes la anemia alcanza el 29% a nivel nacional.

En nuestro país, una de las principales causas de la anemia es el consumo bajo de hierro y de pobre calidad, es decir, de origen vegetal⁸. La anemia se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite esperado. Ello ocurre a consecuencia de múltiples factores, entre los cuales destaca de manera directa la ingesta inadecuada de hierro en la dieta, así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas.

La anemia es un problema estructural que se acentúa por las desigualdades económicas, sociales y culturales, como la pobreza, la precariedad de las condiciones de vivienda (en el acceso de agua y saneamiento), el desconocimiento de las familias sobre la importancia de la alimentación saludable y prácticas de higiene, entre otros; lo cual impacta en el desarrollo integral de los/as niños/as y en el ejercicio de sus derechos en el presente y en el futuro, generando y agudizando las desigualdades sociales.

A nivel internacional, la anemia es uno de los problemas de salud más importantes. Las cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)⁹, sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niñas, niños menores de cinco años y mujeres. Las cifras indican que la prevalencia de anemia a nivel mundial se ha mantenido entre valores de 41.9% y el 41.7% reportado para los años 2011 y 2016, respectivamente. A nivel de la región latinoamericana cuyo promedio de prevalencia de anemia es del 22%, el Perú se encuentra muy

⁵ De acuerdo a lo señalado en el Anexo I de la Ley N° 29792-Ley de creación, organización y funciones del MIDIS, la persona o grupo vulnerable se define como aquellos/as que, por su situación o condición social, económica, física, mental o sensorial, entre otras, se encuentran en desventaja y requieren de un esfuerzo público especial para participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional y acceder a mejores condiciones de vida.

⁶ INEI, (2017), Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima. Febrero 2017. Disponible en: [https://proyectos.inei.gov.pe/endes/images/Peru Indicadores de PPR 2012 2017.pdf](https://proyectos.inei.gov.pe/endes/images/Peru%20Indicadores%20de%20PPR%202012%202017.pdf)

⁷ Según la OMS la clasificación de la importancias de la anemia para la salud pública en función de la prevalencia estimada a partir de la hemoglobina es: normal: 4,9% o inferior, leve: 5,0% a 19,9%; moderado: 20,0% a 39,9%; severo: 40,0% o superior. Extraído de Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar gravedad. OMS, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1). Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicadores/haemoglobin_es.pdf

⁸ Expuesto en la Documento Técnico "Plan Nacional para la Reducción y control de la Anemia materno Infantil y de Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, aprobado con RM N° 249-2017-MINSA.

⁹ <http://apps.who.int/gho/data/view.main.ANEMIACHILDRENREGV?lang=en>

por encima de esta cifra con un 32% de prevalencia en niñas y niños menores de cinco años de edad.

La anemia tiene un gran impacto en el desarrollo social, emocional, cognitivo y motor de las niñas y niños menores de 36 meses¹⁰, y al ser un problema de salud multicausal que debe ser abordado de manera intersectorial e intergubernamental para asegurar la implementación de intervenciones efectivas que aborden los distintos factores asociados y reduzcan la anemia en gestantes y menores de 6 a 36 meses de edad. Si bien es cierto, se han realizado importantes iniciativas desde el Estado para reducir la anemia, estos esfuerzos no han sido suficientes para disminuir la prevalencia de anemia en el país.

En este contexto, en el marco de la Política General de Gobierno al 2021 aprobada mediante Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, se ha establecido como lineamiento prioritario en materia de Desarrollo Social y Bienestar de la Población: 4.1 Reducir la anemia infantil en niños y niñas de 6 a 35 meses, con enfoque en la prevención y 4.2 Brindar servicios de salud de calidad, oportunos, con capacidad resolutoria y con enfoque territorial.

Asimismo, en concordancia con los lineamientos generales del discurso del Señor Presidente de la República del 23 de marzo de 2018 y los compromisos de política presentados en el discurso del Presidente del Consejo de Ministros ante el Congreso de la República del Perú, con fecha 02 de mayo de 2018; el Plan Multisectorial tiene en cuenta el enfoque intercultural.

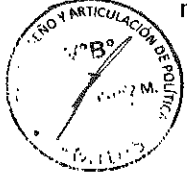
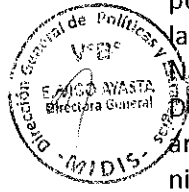
Ello en la línea de lo señalado en el Discurso de Investidura ante el Congreso de la República el mismo que enfatizó que se requiere que las políticas respondan a las necesidades de las personas, que garanticen sus derechos y potencien sus capacidades. Los servicios deben adecuarse a la diversidad de la población sin ningún tipo de discriminación. Asimismo, ha remarcado que “nuestra primera tarea importante es con nuestros niños”; explicitando que la anemia sigue afectando la salud de nuestros niños y cortando sus oportunidades de desarrollo. Por eso, una de nuestras principales metas del gobierno en materia social es reducir drásticamente los niveles de prevalencia de anemia en niños menores de tres años y en mujeres gestantes. El compromiso es reducirla del 43% actual al 19% en el 2021.

En tal sentido, se formula el presente Plan Multisectorial, el cual plantea la articulación intersectorial e intergubernamental de intervenciones efectivas principalmente a cargo de los sectores Salud, Educación, Vivienda, Agricultura, Producción, Cultura, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Desarrollo e Inclusión Social, Economía y Finanzas, Ambiente, Interior, Defensa, Trabajo y Transportes; así como también la de los gobiernos regionales y locales, en el marco de sus funciones y competencias, priorizando la gestión articulada en los territorios con mayor prevalencia de anemia en el país, y establece responsabilidades, resultados, indicadores y metas anualizadas al 2021 para los actores involucrados. El Plan enfatiza las intervenciones durante el primer año de vida, considerando que la edad crítica para intervenir y lograr resultados frente a la anemia es en los primeros meses de edad (donde se concentra la prevalencia a un nivel de 60 % en el ámbito nacional). En los primeros 180 días, elevaremos del 12% al 80% el porcentaje de niños de 4 meses que reciben sulfato ferroso en los establecimientos de salud.

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS, el cual tiene por finalidad mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el ejercicio de derechos, el acceso a oportunidades y el desarrollo de capacidades, en coordinación y articulación con las diversas entidades del sector

¹⁰ RM N° 055-2016 MINSa, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 068-MINSa/DGSP V.01. Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.

público, el sector privado y la sociedad civil; al encontrarse a cargo de la Secretaría Técnica de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales - CIAS y en calidad de ente rector del Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social - SINADIS que implementa la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social; plantea el presente Plan Multisectorial y tendrá a su cargo la articulación de las acciones orientadas a su implementación, prioritariamente en gestantes, niños y niñas menores de 36 meses de edad en situación de pobreza y vulnerabilidad a nivel nacional.



PLAN MULTISECTORIAL DE LUCHA CONTRA LA ANEMIA

1. DEFINICIÓN Y ALCANCE

El Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia establece las acciones e intervenciones efectivas a ser implementadas de manera articulada, intersectorial e intergubernamentalmente, por las entidades del Gobierno Nacional, y de los gobiernos regionales y los gobiernos locales, así como la sociedad civil, y la comunidad organizada, para la prevención y reducción de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses.

El Plan se implementará en toda la población con énfasis en ámbitos priorizados que muestran las mayores brechas de pobreza y anemia infantil.

2. BASE NORMATIVA

- Constitución Política del Perú, 1993.
- Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 28044, Ley General de Educación.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29792, Ley de creación, organización y funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS.
- Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y adolescentes.
- Ley N° 30362, Ley que eleva a rango de Ley el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP y declara de interés nacional y preferente atención la asignación de recursos públicos para garantizar el cumplimiento del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, PNAIA 2012 – 2021.
- Ley N° 30114, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014, a través de la cual se crea el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED).
- Ley N° 28736, Ley para la Protección de los Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento o en Situación de Contacto Inicial.
- Ley N° 29735, Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú.
- Ley N° 29785, Ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios, reconocido en el Convenio 169 de la OIT.
- Decreto Legislativo N° 657, Declaran de necesidad nacional y utilidad públicas la creación del Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES).
- Decreto Supremo N° 056-2018-PCM, que aprueba la Política General de Gobierno, que incluye los ejes y lineamientos prioritarios de gobierno al 2021.
- Decreto Supremo N° 016-2017-PRODUCE, que modifica el Decreto Supremo N° 007-2012-PRODUCE, que crea el Programa Nacional “A Comer Pescado” y amplía la vigencia del PNACP hasta el 31 de diciembre de 2022.
- Decreto Supremo N° 017-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable.
- Decreto Supremo N° 008-2016-MIDIS, que aprueba el Reglamento del Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (SINADIS).



- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprueba Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de Desarrollo e Inclusión Social.
- Decreto Supremo N° 003-2016-MIDIS, que aprueba la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad.
- Decreto Supremo N° 016-2016-SA, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 008-2015-MINAGRI, que aprueba el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021.
- Decreto Supremo N° 039-2014-PCM, que crea la Comisión Multisectorial en la cual participan los Ministerios de Educación, Salud y Desarrollo e Inclusión Social, en la cual se inscribe la Iniciativa Aprende saludable.
- Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS, que aprueba la Estrategia de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”.
- Decreto Supremo N° 002-2012-VIVIENDA, que crea el Programa Nacional de Saneamiento Rural y modifica la denominación del Programa “Agua para Todos” a “Programa Nacional de Saneamiento Urbano”.
- Decreto Supremo N° 003-2012-MIDIS, que crea el Programa Nacional Cuna Más.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Decreto Supremo N° 032-2005-PCM, que crea el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres, JUNTOS.
- Decreto Supremo N° 008-2016-MINCU, que modifica el Reglamento de la Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial.
- Decreto Supremo N° 003-2015-MC, que aprueba la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 003-2016-MC, que aprueba el Plan Nacional de Desarrollo para Población Afroperuana.
- Decreto Supremo N° 001-2012-MC que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29785.
- Decreto Supremo N° 004-2016-MC que aprueba el Reglamento de la Ley 29735.
- Decreto Supremo N° 005-2017-MC que aprueba la Política Nacional de Lenguas Originarias, Tradición Oral e Interculturalidad.
- Decreto Supremo N° 003-2016-MIDIS que aprueba la Estrategia de Acción Social con Sostenibilidad.
- Decreto Supremo N° 021-2013-MINAGRI que aprueba la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021.
- Resolución Suprema N° 002-2015-MIDIS, que crea el Premio Nacional “Sello Municipal Incluir para Crecer, Gestión Local para las personas”.
- Resolución Suprema N° 001-2007-ED, que aprueba el “Proyecto Educativo Nacional al 2021: La Educación que queremos para el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 410-2018-MINSA, que modifica la norma técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes mujeres, gestantes y puérperas.
- Resolución Ministerial N° 506-2017-MINSA que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Prevención, Reducción y Control de la anemia en niñas y niños hasta los 35 meses de edad de los usuarios del Programa Nacional Cuna Más en el Perú.
- Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA que aprueba el Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú 2017-2021.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA que aprueba la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.



- Resolución Ministerial N° 055-2016-MINSA que aprueba la “Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses”.
- Resolución Ministerial N° 069-2016-MINSA que aprueba la “Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de Anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas.
- Resolución de Dirección Ejecutiva N° 114-2017-MIDIS-PNADP-DE que aprueba las “Reglas adicionales para la afiliación y permanencia de hogares en el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos” en el marco de la Estrategia contra la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil”.
- Resolución de Dirección Ejecutiva N° 130-2017-MIDIS-PNADP-DE que modifica el plazo para la aplicación de las “Reglas adicionales para la afiliación y permanencia de hogares en el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos” en el marco de la Estrategia contra la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil”.

3. LA ANEMIA INFANTIL

3.1. La anemia en el Mundo

Los cálculos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en el 2011.

Este tema acusaba una gran importancia pues la deficiencia de micronutrientes tiene graves consecuencias económicas, con un costo de \$1.4 a 2.1 trillones o 2.3 por ciento del producto bruto mundial por año. En tal sentido, la inversión en la prevención y tratamiento resulta en una mejora del estado de salud, reducción de la mortalidad infantil y materna, y mejores resultados con una relación costo-beneficio de casi 1 a 13¹¹. Asimismo, la publicación citada menciona que aproximadamente la mitad de la anemia en la población se debe a la deficiencia de hierro. Aunque la deficiencia de hierro es la más común, otras deficiencias de vitaminas y minerales, inflamación crónica, infecciones parasitarias, y trastornos hereditarios pueden causar anemia. Tanto la anemia y la deficiencia de hierro tienen consecuencias graves para la salud y para la economía del país (menores logros educativos y, en el futuro, menor productividad y menores ingresos).

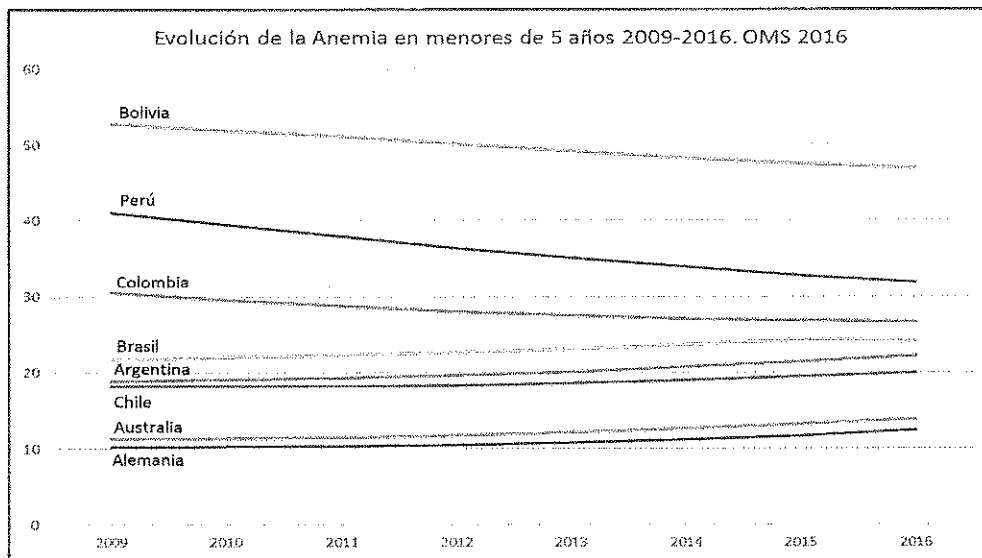
Según la información del repositorio de datos del observatorio de la Organización Mundial de la Salud¹², en lo que respecta al indicador de anemia en menores de cinco años en el mundo, se desprende que el problema se presenta no solo en el Perú. Así, se tiene países con menores valores como Australia y Alemania, los cuales tienen una prevalencia alrededor de poco más del 10% y ambos presentan un ligero incremento desde el 2014.



¹¹ Extraído de Anemia ferropénica: Investigaciones para soluciones eficientes y viables, OMS-OPS, disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es

¹²WHO, (2016). Global Health Observatory data repository. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en>

Gráfico N° 1: Tendencia de la anemia en menores de 5 años, en varios países. OMS 2016



Fuente: WHO 2016, Global Health Observatory data repository. Ginebra.

En esta región del mundo, países como Bolivia, Perú y Colombia han venido descendiendo sus valores de anemia y están reduciendo las brechas respecto a países como Chile y Argentina, los cuales han presentado un ligero incremento desde el 2014. En términos numéricos la brecha entre Perú y Chile se ha reducido de 21,3 puntos porcentuales a 11,9, para los años 2009 y 2016, respectivamente (Gráfico N° 1).

No obstante, es preciso señalar que en el nivel internacional el grupo de edad en que se presenta la información de anemia de niñas y niños es en menores de cinco años, esta condición permite la comparabilidad de los valores entre países y realizar análisis referente a la evolución del indicador.

Además es de notar que las estimaciones excluyen a los niños menores de 6 meses debido a que el punto de corte para anemia aún no está definido en este grupo de edad. Sin embargo, las estimaciones se aplican al total de la población de niñas y niños menores de cinco años, por consiguiente en la redacción de documentos se presentan como anemia en niños.¹³

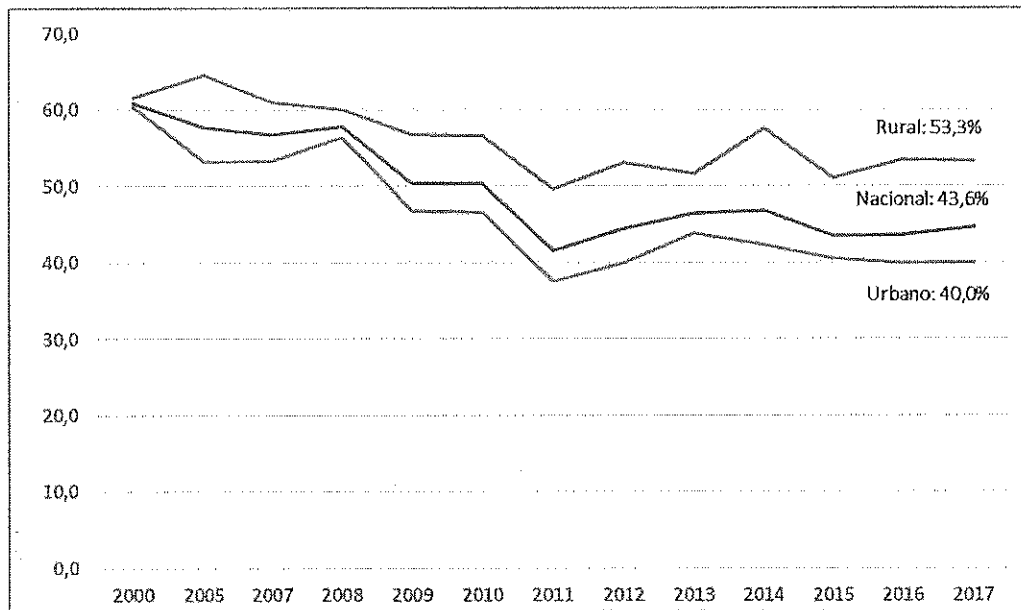
3.2. La evolución de la anemia en los últimos años en el Perú

En el Perú, la anemia es más severa que la desnutrición crónica infantil. Sin embargo, debido a que los menores de tres años tienen la condición de severa y por ser un periodo de rápido crecimiento, es que en el país se ha priorizado a los menores de tres años para todas las intervenciones y acciones que realiza el Estado. En ese sentido, en el 2017, la anemia afectó al 43.6% de niñas y niños menores de 36 meses de edad a nivel nacional, representando un problema grave de salud pública en el país.

¹³ WHO, 2008. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43894/9789241596657_eng.pdf;jsessionid=8114D62863AF9308C5C4279BAD410335?sequence=1



Gráfico N° 2: Tendencia de la anemia en menores de 6 a 35 meses según área de residencia y dominio geográfico



Fuente: INEI, 2018. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017.

La prevalencia de la anemia es más alta en el área rural, afectando a más de la mitad de niñas y niños menores de 36 meses (53.3%) y en la zona urbana al 40% en promedio (Gráfico N° 2). La prevalencia de anemia sigue siendo muy alta en todos los ámbitos¹⁴, en la sierra y selva afecta a más del 50% de los niños y niñas (52% y 53.6%, respectivamente) y en la costa al 36%.

Siendo evidente que este problema afecta en mayor dimensión a las niñas y niños de hogares del quintil más pobre (55.3%) que de los hogares del quintil menos pobre (26.3%). Otro factor determinante es el nivel de educación de la madre, en las madres sin nivel educativo o nivel de educación primaria la anemia afecta al 52% de sus niñas y niños, mientras que en las madres con educación superior afecta al 34%. Con esta información se muestra que la anemia afecta a gran parte de la población menor de 36 meses, siendo los más afectados la población que vive en condición de pobreza.

Tal como se observa en el Gráfico N° 2, entre 2011 y 2014 la anemia tuvo una tendencia hacia el incremento, descendiendo en 2015 y 2016 a 43.5% y 43.6%, respectivamente. Entre 2011 y 2017 se registraron incrementos tanto en el ámbito urbano (+2.5 puntos porcentuales) como en el rural (+3.7 puntos porcentuales).

Entre 2014 y 2015 se observa una reducción significativa de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad y con mayor fuerza en el área rural. Entre 2015 y 2016, la anemia se redujo en el área urbana, pero incrementó en el área rural.

Según lo señalado por el Ministerio de Salud¹⁵, los valores de corte de la concentración de hemoglobina para definir el tipo de anemia en niños de 6 a 59 meses son: i) Sin

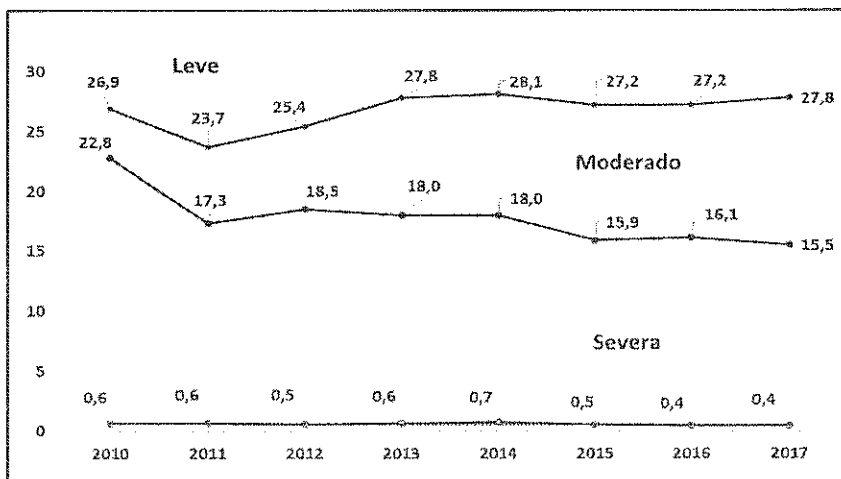


¹⁴ INEI, 2017. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima. Febrero 2017. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Peru_Indicadores_de_PPR_2012_2017.pdf

¹⁵ Según la Tabla N° 3. Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas (hasta 1,000 msnm). Norma Técnica de Salud N° 134-MINSA/2017

Anemia, igual o mayor a 11,0g/dl; ii) Leve, de 10,0g/dl a 10,9g/dl; iii) Moderada, 7,0g/dl a 9,9g/dl; iv) Grave, menor a 7,0g/dl.

Gráfico N° 3: Tipo de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses, según concentración de hemoglobina. ENDES 2017.



Fuente: INEI, 2017. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017.

Al respecto del 43,6% de las niñas y niños con anemia de 6 a 35 meses, el 27,8% presenta anemia Leve, el 15,5% anemia en condición moderada y sólo el 0,4% tiene anemia grave (Gráfico N°3). No obstante, es preciso notar que la anemia moderada se ha venido reduciendo en los últimos siete años al pasar de 22,8% a 15,5%, para el 2010 y 2017, respectivamente. Por el contrario la anemia leve y severa se han mantenido en los valores de 27,0% y 15,5% para los mismos años de referencia.

El grupo etario más afectado son las niñas y niños de 6 a 11 meses de edad, donde alcanza cifras del 59.6%, siendo el período más crítico para el desarrollo infantil temprano dada la acelerada evolución neurológica que se registra en esta etapa de la vida.

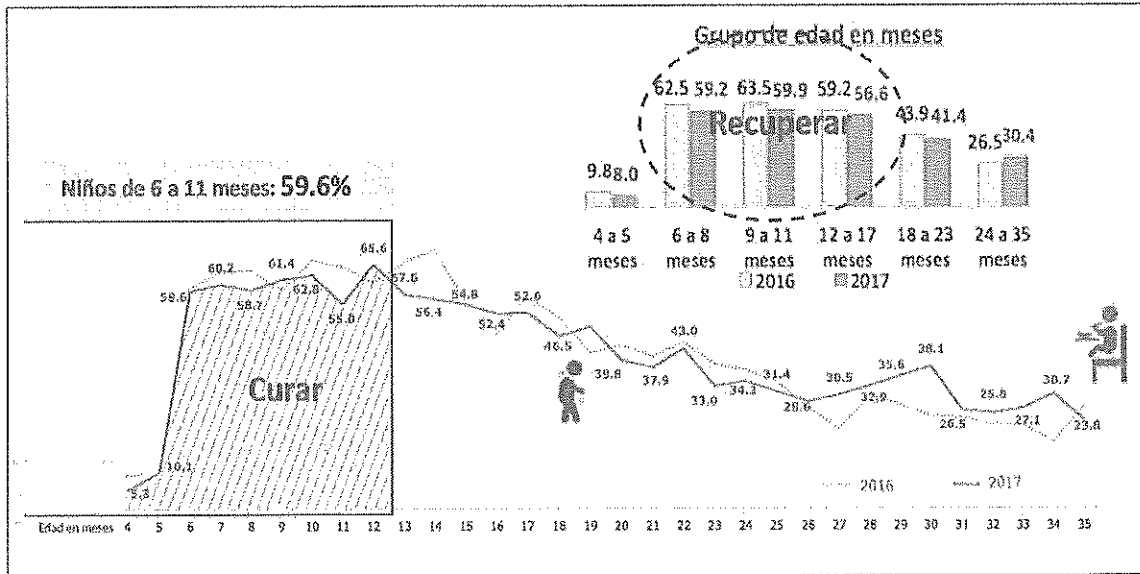
La alta prevalencia de anemia entre las niñas y niños de 6 y 8 meses de edad (59,2%) podría estar relacionado con las reservas de hierro de la niña y niño formadas durante la gestación y el momento del parto. Asimismo, el bajo peso al nacer (inferior de 2,500 gr), el nacimiento prematuro antes de las 37 semanas de gestación, el embarazo adolescente, son condiciones de riesgo que podrían favorecer la prevalencia de anemia en niños menores de 12 meses de edad. A ello se suma, que tercera parte de las mujeres embarazadas tienen anemia (29,6%) y en los últimos 5 años esta cifra se ha mantenido igual. Las necesidades de hierro desde los 4 meses de edad se incrementan aceleradamente, lo que no es cubierto por la lactancia materna y ningún otro alimento, siendo importante para ello la necesidad de suplementar o complementar con hierro esta necesidad orgánica.

Además, según la información de la ENDES PpR 2017, las niñas y niños de 4 y 5 meses presentan valores de anemia de 5,3% y 10,1% respectivamente, que se incrementan súbitamente a los 6 meses con 58,6%, esta situación conlleva a trabajar de manera



temprana en los niños con 4 meses, incrementando la oferta de hierro a través de la suplementación.

Gráfico N° 4: Porcentaje de anemia según grupo de edad



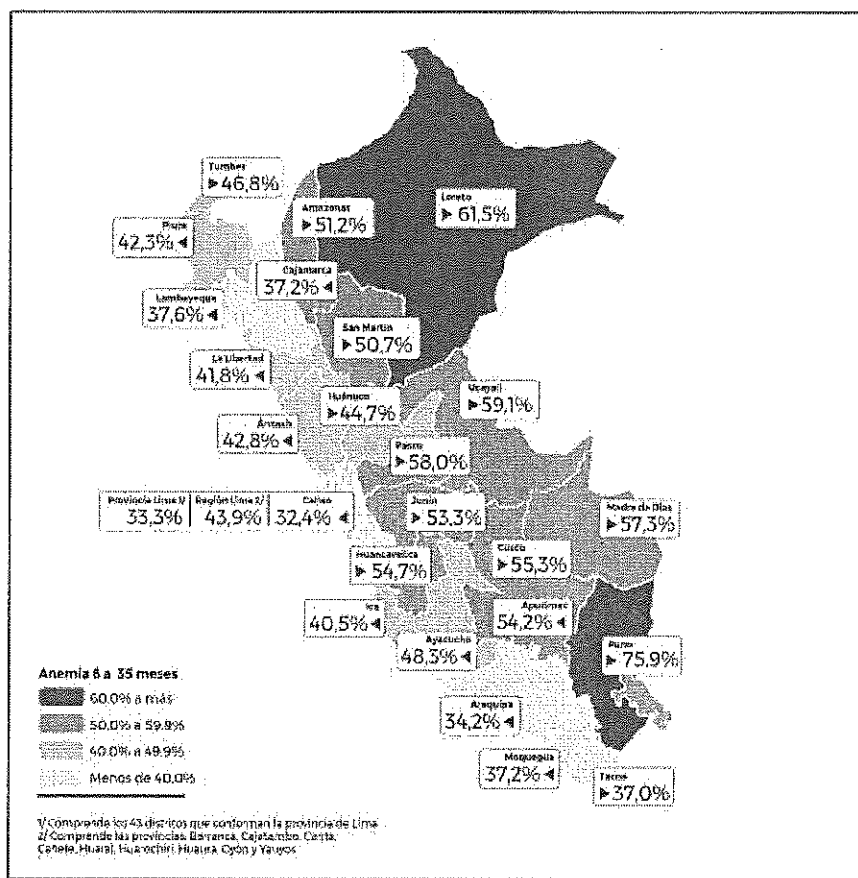
Fuente: INEI, 2018. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017.

Es importante considerar que el 50.5% de la población de niñas y niños menores de tres años tiene Seguro Integral de Salud, el 23.7% está asegurado por ESSALUD y el 25.7% no tiene ningún tipo de seguro¹⁶, estos datos revelan que podrían existir mayores riesgos de enfermedad en el grupo que no accede a ningún sistema de prestación de salud.

En cuanto a la prevalencia de anemia según región, tal como se aprecia en el Gráfico N° 5, Puno sigue siendo el departamento con mayor prevalencia a nivel porcentual con 75,9% de niñas y niños con anemia, seguida de Loreto con 61,5%, Ucayali con 59,1%, Pasco con 58,0%, Madre de Dios con 57,3%, Cusco con 55,3% y Huancavelica y Apurímac por encima del 54%.

¹⁶ Fuente: INEI y MINSA, 2016. Oficina General de Tecnologías de la información.

Gráfico N° 5: Prevalencia de anemia en niñas y niños menores de 36 meses según región.



Fuente: INEI, 2018. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017.

3.3. Acciones tomadas para enfrentar la Anemia

Ante el panorama antes descrito, las autoridades del Gobierno Nacional y de los Gobiernos Regionales presentes en el Tercer GORE Ejecutivo (Febrero, 2017) suscribieron el “Pacto Nacional para la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil”, comprometiéndose a reducir la proporción de niñas y niños afectados por la anemia y la desnutrición crónica infantil (DCI), a fin de alcanzar las metas establecidas por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), para que al 2021 la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años se haya reducido a 6,0% y la anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses a 19,0%.

En el marco del Pacto Nacional para la reducción de la anemia y DCI, todos los Gobiernos Regionales suscribieron pactos regionales y/o aprobaron Ordenanzas Regionales para asegurar la voluntad política de las autoridades regionales y locales, oficializando metas regionales anualizadas al 2021 para la reducción de la DCI y Anemia. Sin embargo, según el último reporte de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017); sólo dos regiones (Callao y Arequipa) han cumplido con la meta propuesta en los pactos regionales antes mencionados.



En el caso de Arequipa, se registra una reducción de 10 puntos porcentuales (De 44.5% en el 2016 a 34.2% en el 2017). Según reporte¹⁷ desde la Gerencia Regional de Salud se desplegaron acciones de planificación conjunta con más de 60 autoridades municipales, centros de salud y algunos programas sociales como Cuna Más y Juntos para coordinar acciones de trabajo y atacar el aumento de la anemia en la región. Las reuniones en las 47 micro-redes del Ministerio de Salud no solo se hicieron con nutricionistas, sino también con obstetras y enfermeras que atienden a los menores de tres años. Se diseñaron planes de trabajo con las opiniones de los que integran los centros de salud y las madres, incluso se crearon recetas culinarias con los productos de cada provincia. Los resultados de la Gerencia de Salud entre los años 2015 y 2017 indican un incremento del consumo del sulfato ferroso en jarabe.

Desde los sectores de Salud y Desarrollo e Inclusión Social, se han formulado planes sectoriales para reducir la anemia y DCI en el país. El “Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú, 2016-2021”, aprobado por el Ministerio de Salud (MINSa), plantea 15 intervenciones efectivas en el marco de los Programas Presupuestales “Articulado Nutricional” y “Salud Materno Neonatal”. Asimismo, en el marco de este plan sectorial, se han realizado ajustes importantes a las siguientes directivas:

- Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas (NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP).
- Documento Técnico para la implementación de grupos de apoyo a madres de niños menores de 3 años de edad en alimentación, nutrición y cuidado infantil (Directiva Sanitaria N° 235-MINSA/2017/INS).
- Lineamientos para la prevención, reducción y control de la anemia en niñas y niños hasta los 35 meses de edad de los usuarios del Programa Nacional Cuna Más en el Perú (RM N° 506-2017/MINSA).
- Reglamento de la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para niños, niñas y adolescentes (DS N° 017-2017/MINSA).
- Documento Técnico: Lineamientos para la desparasitación preventiva contra Geohelminths en el Perú (RM N° 479-2017/MINSA).
- Norma Técnica de Salud (NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP) para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años (RM N° 537-2017/MINSA).
- Guía Técnica de Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño (RM N° 755-2017/MINSA).

Por su parte, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) aprueba el “Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021”, con la finalidad de alinear las acciones del sector y sus programas sociales en torno a la reducción de la anemia y DCI, promoviendo 12 intervenciones efectivas en el marco de los Lineamientos “Primero la Infancia” correspondientes a los resultados “Nacimiento Saludable” y “Adecuado estado nutricional”. Las intervenciones están asignadas principalmente a los presupuestos de



¹⁷ Reporte gerencia Regional de Salud de Arequipa, citado <https://larepublica.pe/sociedad/1246211-sur-arequipa-region-redujo-anemia>

los Programas Sociales Juntos y Cuna Más. Asimismo, en el marco de este plan sectorial, se han realizado ajustes importantes a las siguientes directivas:

- Lineamientos que regulan los criterios de entrada y egreso de los usuarios del Programa Nacional Cuna Más, en cumplimiento de la segunda disposición complementaria transitoria del DS N° 003-2012-MIDIS (RM N° 114-2017/MIDIS).
- Reglas adicionales para la afiliación y permanencia de hogares en el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres “Juntos” en el marco de la Estrategia contra la Anemia y desnutrición Crónica Infantil (RDE N° 114-2017/MIDIS/PNADP-DE).

A ello se suma, las “Campañas para la reducción de la anemia infantil” organizadas por el MINSA en el marco de su Plan Nacional con el fin de incrementar la demanda de gestantes, niñas y niños con diagnóstico de anemia, habiéndose realizado tres campañas (02 en Lima Metropolitana y una a nivel nacional). Por su parte, desde el MIDIS y en coordinación con el MEF y las regiones del país, se incentiva que las entidades entreguen un paquete de servicios adecuados y oportunos, de manera articulada y bajo una lógica de integralidad en la atención a la gestante, niña y niño menor de cinco años provenientes de distritos de quintil 1 y 2, a través del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED).

Las acciones antes señaladas, constituyen un hito importante para el abordaje de la prevención y reducción de la anemia en el país, sin embargo su abordaje sectorial no han sido suficiente para disminuir la prevalencia de anemia en el país durante el año 2017.

En el caso del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), a través del Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF¹⁸) ha considerado dentro de sus servicios e intervenciones como los Centros de Acogida Residencial (CAR) y Centros de Desarrollo Integral de la Familia (CEDIF) acciones de prevención en la familia, campañas de tamizaje para la identificación de casos, coordinación para el tratamiento, provisión de alimentos ricos en hierro y seguimiento de los avances en los casos presentados.

3.4. Factores determinantes y modelo conceptual de la anemia

Las causas de anemia son múltiples y existe una extensa evidencia que demuestra que la prevalencia de anemia puede explicarse por diversos factores y determinantes sociales. En el Perú la principal causa de la anemia es la deficiencia de hierro, y se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite esperado. Ello ocurre a consecuencia de múltiples factores, entre los cuales destaca de manera directa la ingesta inadecuada de hierro en la dieta, así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas como diarreas y parasitosis. Otros factores determinantes asociados que agudizan el problema de la anemia son la pobreza, las condiciones de vivienda y saneamiento, prácticas de higiene, conocimiento y educación sobre anemia, entre otros¹⁹.

¹⁸ el cual tiene como finalidad contribuir con el desarrollo integral de las familias en situación de vulnerabilidad y riesgo social, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad en situación de abandono, y propiciar su inclusión en la sociedad y el ejercicio pleno de sus derechos,

¹⁹ Modelo Conceptual de Determinantes de la Anemia; Balarajan Yarlini, LANCET 2011.

Conocer cuáles son los determinantes de la anemia, es una condición necesaria para la comprensión del problema e identificación de políticas públicas basadas en intervenciones efectivas que permitan abordar de una manera eficiente la reducción de la anemia en el Perú. Los principales determinantes de la anemia en el Perú son:

- **Prematuridad y bajo peso al nacer.** Este factor depende de la salud y estado nutricional de la madre durante el embarazo. El embarazo adolescente, la anemia durante el embarazo y la presencia de enfermedades infecciosas, agravan la situación de la madre gestante. En el Perú, el 22.8% de las niñas y niños nacen prematuros y el 7.3% nacen con bajo peso.²⁰ Respecto al embarazo adolescente, entre los años 2016 y 2017 se registra un incremento a nivel nacional de 12.7% a 14,4% de las adolescentes entre 15 y 17 años de edad alguna vez embarazadas, en el área rural de 22.7% a 24.0%, y en el área urbana de 9.8% a 11.8%. A nivel regional, Loreto, Amazonas y Ucayali registran los más altos índices de embarazo adolescente con 34%, 26% y 22% respectivamente²¹.
- **Disminución de la lactancia materna exclusiva.** Aunque la leche humana contiene cantidades bajas de hierro, la biodisponibilidad de este mineral es elevada al orden del 50%. El recién nacido, durante los dos primeros meses de vida, experimenta un descenso fisiológico de su hemoglobina. Un niño a término y alimentado exclusivamente con leche materna, durante los primeros 6 meses de vida, tiene menor riesgo de desarrollar anemia. La lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses ha sufrido una reducción del 8.1 puntos porcentuales entre 2013 y el 2017 (72.3% vs 64.2%)²², en los niños de 5 y 6 meses de edad la lactancia materna exclusiva es de 50%.
- **Baja adherencia al tratamiento.** Desde el año 2013 el Estado peruano implementó un cambio en el insumo ofreciéndose micronutrientes en polvo (contiene hierro, ácido fólico, zinc y vitaminas A y C), que de acuerdo con la evidencia son más efectivos en la reducción de los niveles de anemia²³. Sin embargo, el 70% de menores de 36 meses no consumieron suplemento de hierro. El consumo del suplemento de hierro (micronutriente) se ha visto afectado por las siguientes razones: a) Por el lado del personal de salud: desconfianza por lote contaminado que obligó a retirar todos los sobres entregados, cambio en las recomendaciones generales del consumo y preparación del micronutriente, **personal de salud no muy convencido pues solo se les exige que den información y distribuyan**; y pocos recursos para hacer seguimiento a través de las visitas domiciliarias; b) Por el lado de los usuarios: mezclarlo con comida caliente, ausencia de lavado de manos antes de preparar los alimentos, y discrecionalidad del cuidador principal de suministrar el micronutriente al menor; y c) Por el lado del entorno: costumbre de preparar sopas y alimentar con esta preparación a las niñas y niños, resistencia a lo foráneo (hacia lo que da el Estado) y aspectos culturales que influyen en la alimentación de las niñas y niños²⁴.



²⁰ IINEI, 2018, Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017.

²¹ *Ibid.*

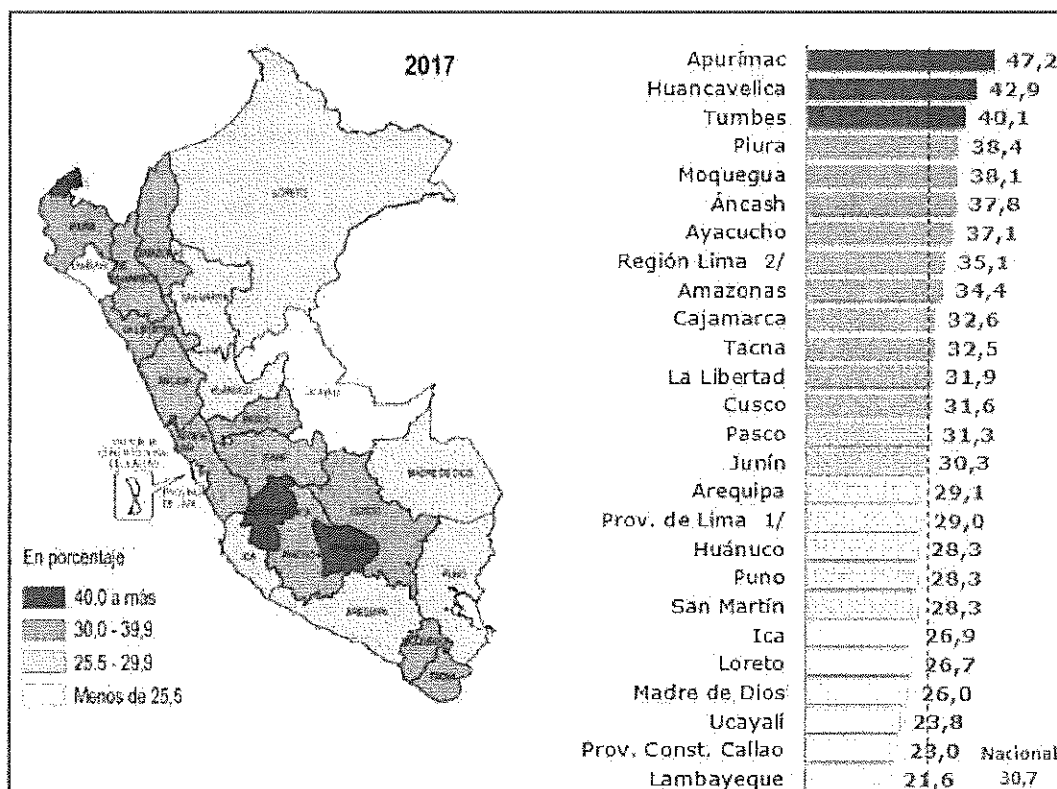
²² *Ibid.*

²³ OMS, 2012. Directriz: Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de alimentos consumidos por lactantes y niños de 6 a 23 meses de edad. Ginebra. Págs. 3-5. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/101016/9789243502045_spa.pdf?sequence=1

²⁴ IIN, 2016. Estudio cualitativo sobre conocimientos, percepciones y prácticas de actores comunales, familias y personal de salud y del Programa Nacional Cuna Más respecto al consumo de micronutrientes en niñas y niños de 06 meses a menos de 36 meses de edad en tres regiones del Perú, 2016. Realizados por el IIN, por encargo del MIDIS.

En resumen, solo 3 de cada 10 niños menores de tres años consume suplemento de hierro, tal y como se muestra en el Gráfico N° 6.

Gráfico N° 6: Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días anteriores a la encuesta



Fuente: INEI, 2018. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017.

- Pobre ingesta de alimentos ricos en hierro.** Los hogares peruanos tienen un consumo de hierro de origen vegetal cuya biodisponibilidad y absorción a nivel intestinal es baja; a ello se suma que su absorción se ve interferida por la presencia de inhibidores en la alimentación, como los mates, el café, té e infusiones, de consumo habitual en la población²⁵. El 67.5% de niñas y niños de 6 a 9 meses ha recibido alimentos de origen animal, mientras que el 92.6% del grupo de niños de 12 a 17 meses recibió alimentos de origen animal; indispensables para la prevención de la anemia. El 71% de niños de 6 a 8 meses, fueron alimentados por lo menos dos veces al día; siendo necesario en este grupo etario tres comidas y un refrigerio; mientras que el 70% de niños de otras edades recibieron tres o más alimentos²⁶.

No obstante, que desde el 2004 el país implementa la fortificación con hierro y otros micronutrientes (niacina, ácido fólico, vitamina B1 y B2) a la harina de trigo de consumo humano, de producción o comercialización, nacional, importada o donada, medida que fue aprobada mediante DS N° 008-2004-SA²⁷. Esta medida no ha tenido el efecto esperado en el incremento de hierro, debido a que, entre otros motivos, su uso no ha

²⁵INS/CENAN, 2003. Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA, 2003).

²⁶ INEI, 2016. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Lima. Págs. 330-335

²⁷ DS 008-2004-SA, Disponen la fortificación obligatoria con micronutrientes de la harina de trigo destinada al consumo humano en el territorio nacional y de los productos derivados.

sido generalizado por el limitado control de la fortificación que no solo debe realizarse a las empresas registradas, sino también a los productores locales del interior del país. Además, el bajo consumo que tiene la población peruana del pan, esto es, la tercera parte en comparación con Chile (30kg vs 90 kg per cápita, respectivamente). Esto último, enfatiza la necesidad de buscar otros alimentos en los cuales pueda ser viable la fortificación con hierro²⁸ y/o mejorar la disponibilidad de alimentos ricos en hierro.

- **Alta prevalencia de infecciones respiratorias y diarreas.** La enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) son frecuentes en las niñas y niños menores de 36 meses y ocasionan la mayor morbilidad en la población que viven en medio de la pobreza, con una educación insuficiente de la madre e inadecuado saneamiento. El 14,4% de las niñas y niños menores de 36 meses tuvieron enfermedades diarreicas agudas; y el 15,0%²⁹ tuvieron una infección respiratoria aguda. Episodios de EDA, a partir de los seis meses de edad, acarrearán pérdidas importantes de micronutrientes como el hierro y el zinc.
- **Acceso al paquete integrado de servicios para niñas y niños menores de 36 meses.** El paquete integrado está compuesto por las vacunas contra el neumococo para prevenir enfermedades graves como la otitis media o la neumonía, y el rotavirus para prevenir el virus que causa diarrea mayormente en bebés y niños pequeños; a ello se suma la asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED), y el consumo de suplemento de hierro. Actualmente, sólo el 15%³⁰ de menores de 36 meses reciben el paquete integrado de servicios, en los menores de 1 año es de 26%.³¹
- **Acceso al paquete integrado de servicios para gestantes.** El paquete está compuesto por cuatro (4) exámenes de laboratorio durante el primer trimestre, cuatro (4) atenciones prenatales y consumo de suplemento de hierro y ácido fólico. La atención prenatal permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo tanto en la madre como en el feto, quienes no controlan su embarazo son más vulnerables a tener complicaciones. Actualmente, sólo el 21% de gestantes reciben el paquete integrado de servicios³².
- **Falta de agua segura y de saneamiento básico en el hogar.** El agua es un agente esencial de la salud de las niñas y niños; si está contaminada, se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades. En nuestro país, sólo el 27% de las viviendas cuenta con agua clorada³³.
- **Prácticas de higiene inadecuadas en el hogar.** El lavado de manos resulta la práctica de higiene de mayor efectividad para reducir las fuentes de contaminación de los alimentos y control de enfermedades gastrointestinales en las niñas y niños menores de 36 meses.



²⁸ INS, 2016. Informe del control analítico de la fortificación de la harina de trigo en los molinos. Año 2013-2014. Lima. Disponible en:

<http://www.portal.ins.gob.pe/es/component/rsfiles/preview?path=cenan%252FDECYTA%252FINFORME-FINAL-HARINA-DE-TRIGO-EN-EL-PERU-2013-2014.pdf>

²⁹ INEI, 2018. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017.

³⁰ MEF, 2018. Base de datos del Cubo Analítica Infant- SIS.

³¹ *Ibíd.*

³² *Ibíd.*

³³ INEI, 2017. Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO. Lima

Se sabe que menos del 50% de las madres se lavan las manos en momentos críticos, es decir antes de comer, antes de preparar los alimentos y después de manipular heces³⁴.

- **Desconocimiento de la población sobre cómo prevenir la anemia y sus consecuencias.** Las comunidades, familias, madres y trabajadores de salud necesitan estar bien informados acerca de los beneficios en la salud –así también como de los efectos colaterales- de la suplementación con hierro. Así el acceso a información y educación sobre la anemia, sus causas, y las consecuencias negativas que conlleva en el desarrollo infantil, es un factor determinante que se traduce en la transmisión efectiva de mensajes que orienten el cambio de comportamiento de las madres y gestantes, padres y cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses para la prevención y reducción de anemia.
- **Embarazo en adolescente.** Según la ENDES 2017, la proporción de mujeres que alguna vez estuvo embarazada entre 15 y 19 años es de 13.4%, estos datos se mantienen en los últimos 5 años. Para las adolescentes con nivel educativo primaria es de 44.7%. En el área rural 23.2%, en la selva 22.6% y en los hogares más pobres 24%, por lo que los niños en madres adolescentes tienen alta probabilidad de ser prematuros y por tanto mayor riesgo de tener anemia.

4. OBJETIVOS DEL PLAN

4.1. Objetivo General

Prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños con énfasis en menores de 36 meses de edad, gestantes y adolescentes a nivel nacional, a través de la articulación intersectorial e intergubernamental de intervenciones efectivas implementadas por el Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales en el territorio.

4.2. Objetivos Específicos

1. Asegurar la gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal de las entidades de los tres niveles de gobierno para la implementación de acciones e intervenciones efectivas orientadas a la prevención y reducción de la anemia en niños menores de 3 años en el territorio, principalmente en menores de un año.
2. Implementar procesos de movilización social en el ámbito nacional con énfasis en los distritos priorizados que promuevan la participación efectiva de todos los sectores y actores a nivel nacional y local con la finalidad de sensibilizar a través de la información y conocimiento sobre la situación de anemia que afecta a gestantes, niñas y niños menores de 36 meses de edad.
3. Implementar acciones comunicacionales a nivel nacional dirigidas a familias y madres gestantes para la reducción y prevención de la anemia.
4. Asegurar la asignación y ejecución de recursos de los programas presupuestales de las intervenciones efectivas y el alineamiento de los mecanismos de incentivos para la reducción y prevención de la anemia.
5. Disponer de mecanismos de seguimiento y evaluación a nivel nacional, regional y local de las intervenciones efectivas priorizadas para reducción y prevención de la anemia.



³⁴ CENAN/INS, 2004. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición de la gestante y madre de niños menores de tres años. Lima.

5. POBLACIÓN OBJETIVO

- Niñas y niños menores de 36 meses, con prioridad en niñas y niños menores de 12 meses de edad.
- Mujeres gestantes.
- Mujeres adolescentes.

6. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

Como se mencionó anteriormente la anemia es un problema de salud pública que afecta el desarrollo integral y el ejercicio de los derechos de las niñas y niños resultado de un conjunto de factores, tanto del niño y la gestante, del hogar y del contexto en donde se desarrollan. Dentro de las causas individuales y directas la deficiencia de hierro se constituye como la principal; otras causas, como el acceso limitado e inoportuno a los servicios de salud, condiciones de pobreza, desnutrición y las brechas de acceso de los hogares a agua segura, comunicación y alimentos fortificados, desconocimiento de las familias y/o adultos significativos de las niñas y los niños, entre otros, hacen que la anemia se constituya en una enfermedad multicausal.

Intervención Universal

Como este problema afecta a todo el país, las intervenciones sectoriales que impliquen intervenciones universales como las del sector salud, educación, mujer y poblaciones vulnerables³⁵ y otros, se continuarán desarrollando para alcanzar la meta nacional.

Intervención Focalizada

Sin embargo, dado que la distribución del problema afecta en mayor medida a algunos ámbitos, se priorizarán algunas intervenciones considerando determinantes de salud asociados a la anemia, usando como unidad de intervención territorial los distritos. A continuación se describen los criterios considerados para la selección de los distritos priorizados en el plan, a los que se refiere este párrafo:

- Cantidad de niños que conforman la población objetivo, en este caso a los menores de tres años.
- Nivel de pobreza distrital de acuerdo al Mapa de Pobreza Distrital publicado por el INEI.
- Quintiles de pobreza monetaria distrital de forma independiente en cada departamento, priorizando a los quintiles I y II.
- En el caso de Lima, se considera dos estratos: Lima Metropolitana y Lima Región.



³⁵ Se considera aquellas intervenciones dirigidas a niñas y niños en situación de vulnerabilidad que son usuarias o usuarios de servicios de protección y desarrollo familiar como los CAR y CEDIF del INABIF del MIMP.

Gráfico N° 7 Mapa de distritos priorizados para la lucha contra la anemia 2018-2021

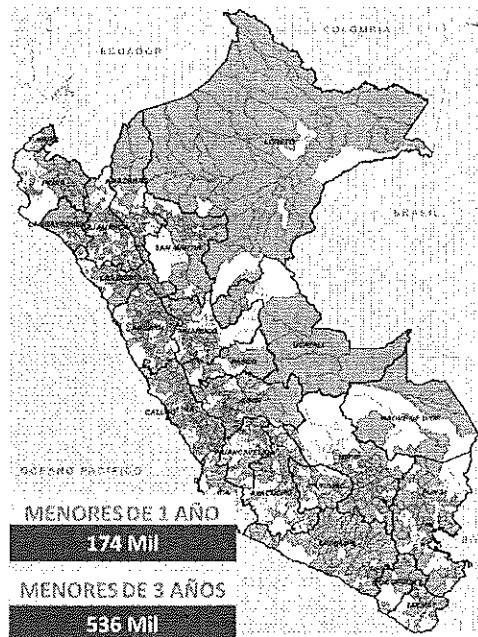
¿Dónde vamos a intervenir?

1226 distritos priorizados
(pobreza + anemia)

ÁMBITO	N° DE DISTRITOS PRIORIZADOS	PROGRAMAS SOCIALES		N° DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
		CUNA MÁS	JUNTOS	
Amazonas	50	15	50	313
Áncash	122	65	155	283
Apurímac	43	33	45	215
Arequipa	89	15	26	175
Ayacucho	71	48	71	251
Cajamarca	98	48	85	455
Cusco	79	63	76	152
Huancavelica	42	22	42	195
Huánuco	44	29	44	161
Ica	19	7	0	52
Junín	89	48	72	330
La Libertad	64	38	61	214
Lambayeque	27	15	5	143
Lima Metropolitana	14	11	0	383
Lima Región	101	10	75	383
Loreto	45	25	45	67
Madre de Dios	8	6	7	52
Moquegua	14	0	0	37
Pasco	14	7	14	143
Piura	38	23	38	279
Prov. Const. de Cuzco	2	1	0	14
Puno	75	42	76	289
San Martín	55	29	48	257
Tarma	16	5	16	133
Tumbes	6	5	0	27
Ucayali	13	11	13	120
TOTAL	1226	598	954	4903

Fuente: MIDIS, REHIC, MINSA 2016

Elaboración: DGSE-MIDIS



Fuente: Elaborado por la DGSE/MIDIS. 2018.

Con estos criterios de priorización se seleccionaron 1,226 distritos en las 26 regiones, siendo la región de Áncash con 122 y Lima Región con 101, que tienen la mayor cantidad de distritos. En el Gráfico N° 7 se presenta el mapa distrital priorizado y el consolidado regional con el total de distritos priorizados. Es importante mencionar que esta priorización no consideró la presencia actual de los Programas Sociales del MIDIS dado que su atención y reducción depende de varios sectores.

No obstante, la capacidad operativa y experiencia del MIDIS con sus Programas Sociales JUNTOS y Cuna Más permitirán efectivizar las intervenciones de forma articulada con los demás sectores desde un enfoque de gestión territorial en el ámbito local. En ese sentido, de los 1,226 distritos priorizados, en los cuales existen 4,903 establecimientos de salud, 598 distritos (48.8%) tienen intervención de Cuna Más y 954 (77.8%) de JUNTOS; en tanto 529 (43.1%) distritos tienen la presencia de ambos programas, lo que permitirá una mayor articulación territorial para el desarrollo de las estrategias e intervenciones.

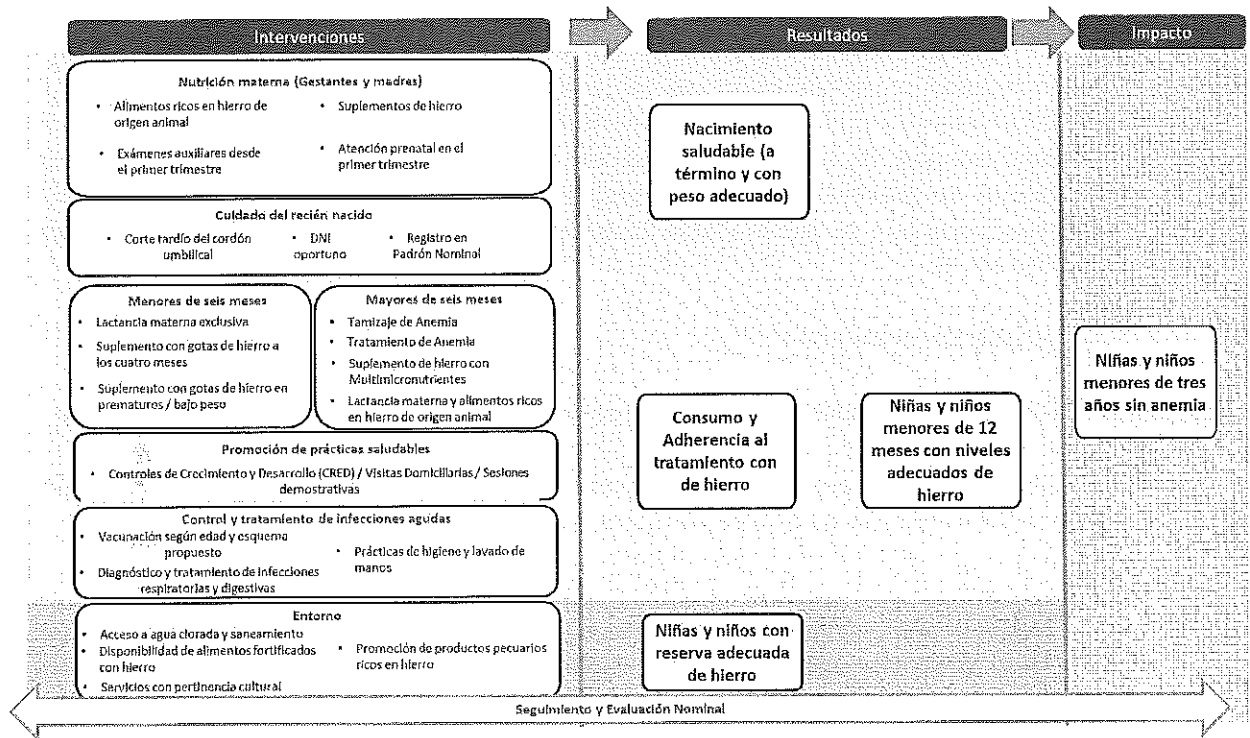
Adicionalmente, de ser necesario y de acuerdo a la información del seguimiento al plan, se podrán actualizar los criterios de priorización de la intervención, para su aprobación en la CIAS.

7. INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA ANEMIA

Tomando como referencia los determinantes de la anemia, se han identificado intervenciones directas y transversales que se deben implementar para prevenir y reducir la anemia en tres grupos poblacionales clave: 1) mujeres en edad fértil, 2) madres gestantes, y 3) niñas y niños menores de 36 meses de edad con prioridad en niños menores de 12 meses (Gráfico N° 8).



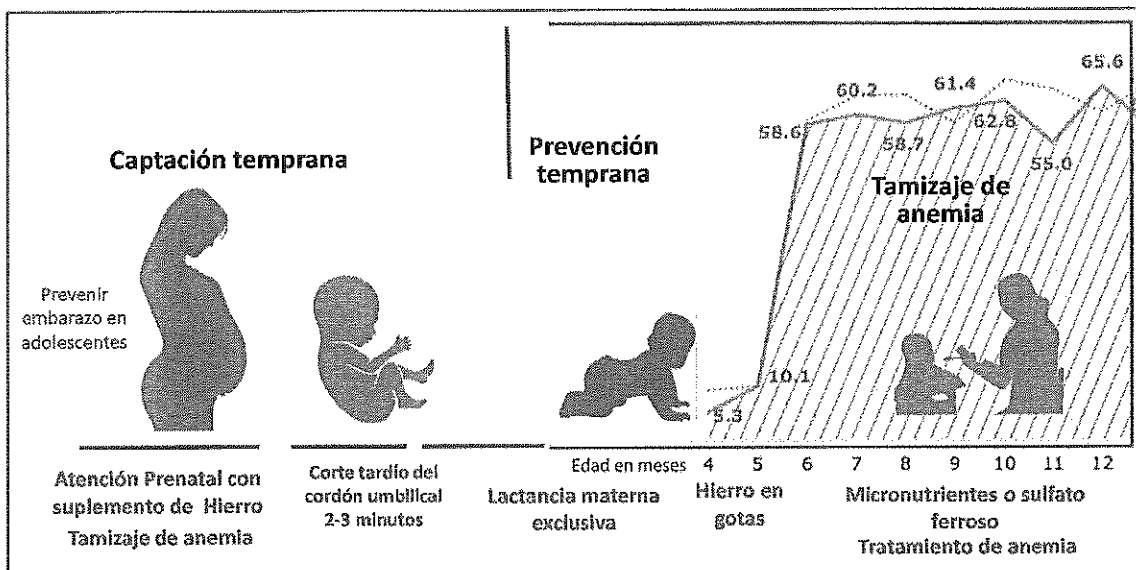
Gráfico Nº 8: Intervenciones multisectoriales según marco conceptual para Reducir la Anemia



Fuente: Adaptado por la DGSE/MIDIS 2018

Las intervenciones identificadas en su mayoría forman parte de siete (8) programas presupuestales que contribuyen con la prevención y reducción de la anemia: i) Acceso de la Población a la Identidad, ii) Programa Articulado Nutricional, iii) Salud Materno Neonatal, iv) Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres JUNTOS, v) Programa Nacional Cuna Más, vi) Programa Nacional de Saneamiento Rural, y vii) Programa Nacional de Saneamiento Urbano), vii) Atención oportuna de niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono.

Gráfico Nº 9 Ventana de Oportunidad



Fuente: Elaboración propia. MIDIS, 2018



Considerando la evolución de la anemia en el país descrita en el punto 3.2., el grupo etario más afectado son las niñas y niños de 6 a 11 meses de edad, representando alrededor del 59,6% de niñas y niños menores de un año con anemia. Priorizar las intervenciones en este grupo de edad se convierten en una ventana de oportunidad para enfrentar la anemia. Tal como se muestra en el Gráfico N° 9, se necesita asegurar la captación temprana de gestantes y niños menores de un año de edad, con la finalidad de implementar intervenciones tempranas de prevención y tratamiento de la anemia. A continuación se describen las intervenciones que se desarrollarán durante la ventana de oportunidad antes señalada (Gráfico N° 9):

➤ **Captación temprana**

- **Entrega de suplemento de hierro y ácido fólico a mujeres adolescentes.**
- **Prevención del embarazo adolescente**, a través de acciones educativas en colegios coordinados con los establecimientos de salud.
- **Atención pre-natal desde el primer trimestre.** La captación temprana de la gestante desde el primer trimestre, permitirá que se realice los cuatro exámenes auxiliares: VIH, sífilis, orina Hemoglobina, con el propósito de conocer su situación de salud. Además deberá recibir el suplemento de ácido fólico y hierro desde las semana 14 de gestación³⁶. Se brindará información para la atención del parto en el establecimiento de salud, que permitirá realizar la práctica de corte tardío del cordón umbilical como medida efectiva para la prevención de anemia en los niños recién nacidos.

➤ **Prevención temprana**

- **Lactancia Materna Exclusiva.** Se promoverá la práctica de la lactancia desde el momento del nacimiento en el establecimiento de salud.

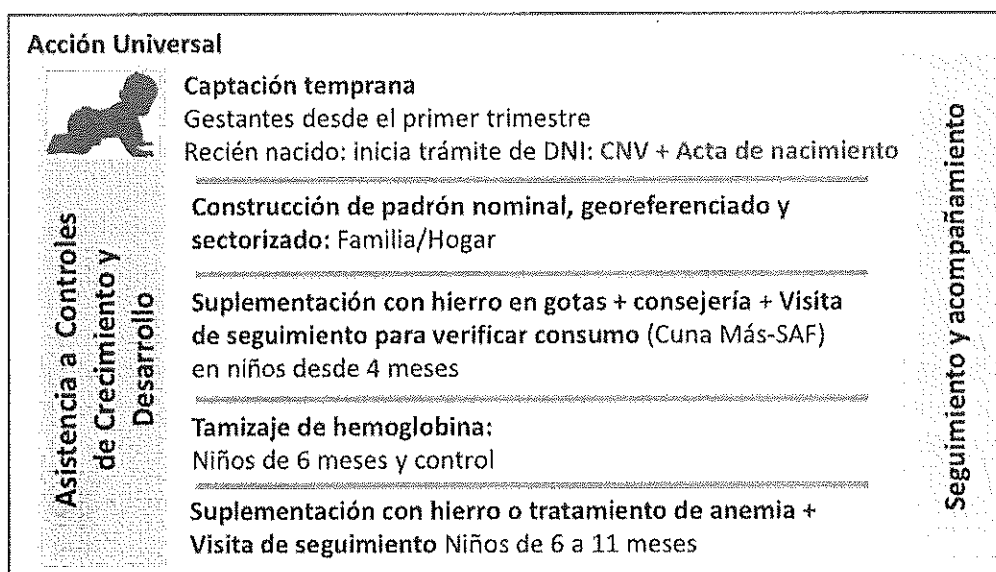
La OMS y la Academia Americana de Pediatría³⁷, concluyeron que la lactancia materna y el uso de la leche humana confiere beneficios nutricionales y no nutricionales únicos a las niñas y niños, y también a las madres (menor riesgo de diabetes tipo 2, de cáncer de ovario, mamas y de depresión postparto). Estas organizaciones, basadas en evidencias, recomiendan la Lactancia Materna Exclusiva por seis meses, para luego, además de los alimentos, continuar con lactancia materna hasta el año de edad o hasta los 24 meses. La lactancia materna es un mecanismo importante para prevenir enfermedades infecciosas en las niñas y niños, así como contribuir al vínculo de apego madre-hijo.



³⁶ NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP, aprobada por R.M. N° 250-2017/MINSA

³⁷ MIDIS, 2014. Documento Técnico de Sistematización de Evidencias para lograr el Desarrollo Infantil Temprano, componente Estado de Salud y Nutrición. Elaborado por la Comisión Multisectorial para proponer los Lineamientos Primero la Infancia. Lima. Pág. 33.

Gráfico N° 10: Intervención Claves



Fuente: Elaboración propia. MIDIS. 2018

- **Suplementación con hierro y consejería a partir de los cuatro meses.** Debido a que la anemia en niños de 4 a 5 meses es 10% valor que se incrementa súbitamente a 60% a los 6 meses, la intervención de la suplementación preventiva con hierro a las niñas y niños debe ser a partir de los cuatro meses de edad para cubrir sus necesidades de hierro que se incrementa a partir de esta edad. .

Lo anterior debe ser de implementación inmediata, debido a que la normativa de salud³⁸ contempla la suplementación a partir de los cuatro meses de edad. . Asimismo, debería fortalecerse la capacidad del personal de salud de los establecimientos de salud para la consejería que debe acompañar la entrega del suplemento.

- **Recuperación oportuna a partir de 6 meses.** Dado que a los 6 meses el porcentaje de anemia se incrementa súbitamente es importante el tamizaje de hemoglobina a partir de esta edad y según los resultados, los niños que **no** tienen anemia continúan con la **suplementación en gotas o micronutrientes**. Los niños que si tienen anemia inician **tratamiento con jarabe de sulfato ferroso**.

Complementariamente se formulan las siguientes intervenciones:

- **Construcción del padrón nominal geo-referenciado y sectorizado.** Se fortalecerá el uso del padrón nominal de niños menores de 6 años construido en la plataforma de RENIEC y que se alimenta de la información de diferentes fuentes, entre ellas el de Certificado de Nacido Vivo del MINSA, registro de asegurados de SUSALUD, actas de nacimiento entre otros, algunos de los datos son actualizados a nivel local bajo la responsabilidad del gobierno local, que también se encargan de incorporar al registro a nuevos niños.

El padrón nominal permite identificar a los niños y sus madres y cuenta con información de la dirección, el establecimiento de salud de atención que se actualiza con cada atención, el número del documento de identidad (DNI), los que permiten intercambiar información de diferentes bases de datos, tales como las prestaciones de la red de

³⁸ MINSA, 2017. Norma Técnica de Salud N° 134-MINSA/2017 Norma Técnica para el manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, aprobado con Resolución Ministerial N° 250-2017-MINSA.



establecimientos de salud del MINSA y también de los programas sociales. A partir de esta información se puede contar con información a nivel de distrito y de ámbitos más pequeños a los que se identificar como sectores.

El uso del padrón nominal, permitirá contar con el dato de denominador para estimar la proporción de niños que reciben las intervenciones priorizadas en este plan. El esfuerzo estará centrado en incrementar el número de niños registrados en el padrón nominal antes de los 30 días, de tal manera a los 4 meses más del 90% de niños puedan del Perú puedan acceder a recibir el suplemento de hierro. También es importante el inicio temprano del trámite de DNI antes de los 5 días, cuyo código único facilita el seguimiento nominal y el cruce de información con las diferentes fuentes de datos de las prestaciones. Con estos insumos se elaborará un mapa sectorizado del distrito en la que se pueda ubicar a las niñas y niños menores de 12 meses, con énfasis en los de 4 y 5 meses.

Se coordinará con RENIEC y el MINSA la incorporación de información georeferenciada, en donde el punto de referencia del niño será el hogar en donde reside y que facilitará los procesos de seguimiento nominal, visitas de acompañamiento y la generación de alertas de acceso a los servicios considerados en el plan. La información será recogida de manera inicial por el gobierno local y actualizado de manera periódica con las visitas de acompañamiento.

- **Visita domiciliaria para el seguimiento del consumo del suplemento de hierro.** Considerando que solo el 30% de las niñas y niños de 6 a 36 meses consumieron el suplemento en la semana anterior a la encuesta, no basta solo con asegurar la entrega del insumo en el establecimiento de salud, también se requiere confirmar el consumo de suplementos a través de las visitas domiciliarias en el hogar a las niñas y niños menores de 1 año para garantizar la adherencia, a razón de una visita por semana contado a partir de la entrega del suplemento por el establecimiento de salud, para asegurar el consumo del suplemento de hierro y fomentar prácticas alimenticias saludables y ricos en hierro. Estas visitas de seguimiento serán priorizadas en todos los niños de 4 y 5 meses y en niños de 6 a 11 meses con diagnóstico de anemia. Esta actividad será realizada principalmente a través del Servicio de Acompañamiento a Familias-SAF del Programa Cuna Más, del personal de salud y agentes comunitarios.
- Igualmente, a través del servicio de cuidado diurno (Programa CUNAMAS e INABIF), se promoverá que las niñas y niños reciban la atención integral de salud en los establecimientos de salud de manera oportuna, enfatizando que las madres y padres reciban los suplementos de hierro, que dejarán en las cunas para los días de la semana que se atiende la niña o niño usuario. En dichos servicios, el personal asegurará el consumo de los suplementos de hierro o tratamiento de ser el caso. Para ello, a nivel local, se establecerá un fuerte trabajo de articulación con los establecimientos de salud.
- A tal efecto, se debe reactivar y/o fortalecer el trabajo que tiene el sector salud y los gobiernos locales con los agentes comunitarios quienes apoyarán para realizar el seguimiento al consumo en el hogar. En los lugares que no se cuenta con el programa CUNA MAS e INABIF, a este contingente de actores locales se sumarán los operadores en territorio de los programas sociales del MIDIS y otros sectores, a quienes se desarrollarán programas de capacitación. Para tal efecto, el MINSA en coordinación con el MEF y MIDIS realizará los ajustes necesarios al modelo operacional de las acciones de municipios en el marco del Programa Articulado Nutricional.



- **Control de crecimiento y desarrollo.** Es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial³⁹. En tal sentido se buscará aumentar la cobertura que actualmente es de 60,1%⁴⁰ en el menor de tres años.
- **Fortificación y alimentos ricos en hierro.** El potencial del arroz como un vehículo para aumentar la ingesta de vitaminas y minerales esenciales es enorme. El arroz es el alimento básico dominante de aproximadamente la mitad de la población mundial. De acuerdo al Programa Mundial de Alimentos, en América Latina y el Caribe (ALC), suministra en promedio el 27 % de la ingesta calórica diaria, que oscila entre 8 % en Centroamérica y 47 % en el Caribe (FAOSTAT). La región produce anualmente más de 28 millones de toneladas de arroz – la gran mayoría en América del Sur – representando más del 5% de la producción mundial.

En el Perú, el consumo de arroz es el más alto en Latinoamérica. En promedio por habitante se consume 54 kg, al 2017, desplazando a la papa, debido a su bajo precio al consumidor. El consumo per cápita de arroz pilado ha fluctuado ligeramente en los últimos años se consume más arroz que años anteriores per también debido al incremento poblacional.⁴¹

La propuesta del país es la fortificación del arroz con 4,2 mg de hierro por cada 100 gramos de arroz, según lo propuesto en la ficha de homologación del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-CENAN⁴². Esta medida será de utilidad para la población en general, especialmente para las adolescentes y mujeres en edad fértil.



8. COMPONENTES ESTRATÉGICOS

El Plan Multisectorial de Lucha contra la anemia, comprende cinco componentes estratégicos que involucran la participación de todos los sectores, gobiernos sub-nacionales y actores de la sociedad civil organizada con la finalidad de cumplir sus objetivos y metas: i) Gestión Territorial, ii) Movilización Social, iii) Estrategia Comunicacional, iv) Alineamiento de Incentivos por resultados y v) Seguimiento y Evaluación.



8.1. Gestión Territorial

La gestión territorial y la articulación intergubernamental en el espacio distrital y comunitario, debe buscar la atención de 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. Desde ese punto de vista, toda intervención en el marco del Desarrollo Social y/o en la búsqueda

³⁹ Norma Técnica de Salud N° 137-MINSA/2017/DGIESP: “ Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menores de Cinco Años”, aprobado con Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA. Lima.

⁴⁰ INEI, 2018. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017.

⁴¹ Según página web del MINAGRI <http://www.minagri.gob.pe/portal/26-sector-agrario/arroz/220-mercado>

⁴² Documento disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/11Proyectos/2017/ficha_homologacion_mod.pdf

de atender un problema específico se debiera gestionar considerando la realidad y necesidades de la población local; incorporando además intervenciones según las características culturales, demográficas, epidemiológicas, sociales y económicas de sus pobladores. Por ello, la gestión territorial es la estrategia que permite intervenir de manera integral, multisectorial y a la medida de las necesidades de los pobladores, sobre todo de aquellos más vulnerables.

En ese sentido, la autoridad máxima desde el Estado en el territorio local es el alcalde. Es quien además está más cerca de la gente y sus necesidades. El Alcalde, es quien lidera la implementación articulada de las políticas universales y su adecuación a las particularidades y características de los grupos poblacionales objetivos, en su territorio.

Comprende la interacción y coordinación necesaria entre las diferentes instituciones y niveles de gobierno a fin de diseñar, planificar, implementar, alinear, monitorear y evaluar la política, estrategia e intervenciones dirigidas a reducir y prevenir la anemia. Así la coordinación intersectorial, puede definirse como aquel modelo de gestión sustentado en la participación coordinada de distintos actores del territorio (Gobierno Central, Gobernaciones y Municipalidades), cuyos servicios y prestaciones constituyen un conjunto con los cuales se pretende atender las necesidades y resolver los problemas de un grupo social en un territorio definido, afectado por distintas vulnerabilidades, y para cuya superación se requiere dar coherencia a la acción institucional a través de directrices provistas por un marco general que organiza la acción, más allá de los aportes específicos de los distintos sectores.

Asimismo, un modelo de coordinación pensado para una estrategia articulada en el territorio entre Gobierno Central, Gobiernos Regionales, y Gobiernos Locales, debe considerar el análisis de competencias, responsabilidades, intereses y capacidades de actores públicos y privados, incluyendo entre éstos últimos los de la sociedad civil.

Si la articulación y coordinación es en el Modelo de Gestión (Gráfico N° 11) una cadena de acuerdos para una acción sincronizada y complementaria que permita el logro de objetivos compartidos, es fundamental que se integre a este circuito a los actores no públicos, para comprometer la acción de los agentes que tienen aportes que realizar a la promoción y provisión de prestaciones sociales. Lo que subyace en el Modelo de Gestión, es que la acción de un solo agente no basta para resolver ciertas situaciones que, por sus características y complejidades territoriales, demandan la complementariedad de distintos servicios y Programas. En consecuencia, la vinculación estratégica de distintos actores institucionales se convierte en una alternativa más efectiva, sin necesidad de alterar orgánicamente el diseño estructural de la institucionalidad.

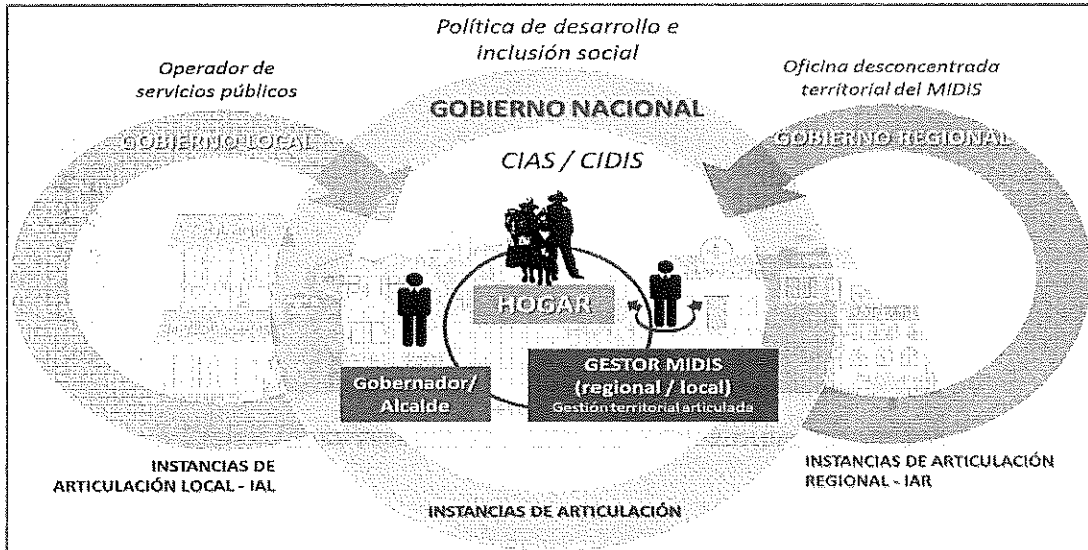
La Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (PNDIS) es el marco de normas, lineamientos, objetivos, estrategias, metas, acciones e instrumentos que organizan y orientan las intervenciones que desarrollan los agentes públicos de los tres niveles de gobierno para el logro de resultados y metas comunes en el cierre de brechas de acceso a servicios públicos universales de calidad y oportunidades de desarrollo integral a favor de la población excluida del país.

La Ley de creación, organización y funciones del MIDIS instituye el Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (SINADIS) como sistema funcional, asignándose su rectoría al MIDIS. Dicho sistema está encargado de asegurar el cumplimiento de las políticas públicas que orientan la intervención del Estado, destinada a reducir la pobreza, las desigualdades, las vulnerabilidades y los riesgos sociales. Entre sus objetivos se señala: a) asegurar el cumplimiento de políticas públicas que requieren la participación de las



entidades del Estado, a nivel intergubernamental, en materia de desarrollo e inclusión social; b) Articular y armonizar la gestión de las políticas, planes, estrategias, programas y proyectos de desarrollo e inclusión social, a nivel intergubernamental; c) Promover la participación de diferentes actores públicos de la sociedad civil y del sector privado en general, a nivel intergubernamental, en la identificación de prioridades y el desarrollo de acciones en materia de desarrollo e inclusión social; g) Diseñar y promover, a nivel nacional, los procesos, metodologías y herramientas de intervención en materia de desarrollo e inclusión social; entre otros.

Gráfico N° 11. Instancias de Articulación de Desarrollo e Inclusión Social



Fuente: Elaboración propia MIDIS. 2018.

La gestión territorial comprende la interacción y articulación necesaria entre las diferentes instancias, niveles de gobierno y actores, a fin de diseñar, adaptar, integrar, implementar, alinear, monitorear y evaluar la política y estrategia vinculadas al desarrollo e inclusión social, respetando sus competencias y procesos en marcha. Asimismo, considera las particularidades del territorio, las demarcaciones, corredores, cuencas y otras formas de organización y ordenamiento territorial que permitan la implementación efectiva intervenciones y el consiguiente logro de objetivos del presente plan. La gestión territorial tiene su sustento en el concepto de **gobernanza territorial**, desde una perspectiva de política pública con base geográfica, sensible a las necesidades territoriales e integral, orientada a mejorar el desempeño de las acciones en todos los niveles y crear sinergias entre diferentes tipos de intervenciones de política pública⁴³.

La articulación en el territorio de las intervenciones priorizadas en el presente Plan Multisectorial constituye un elemento clave para asegurar el logro de objetivos. Por ello, en el marco de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social y del Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (SINADIS), la articulación y coordinación de las entidades y actores involucrados en el presente plan se llevará a cabo en tres (03) instancias:



⁴³ ESPON Programme: Towards Better Territorial Governance in Europe; A guide for practitioners, policy and decision makers based on contributions from the ESPON TANGO Project. Luxembourg, 2014.

8.1.1. Instancia de articulación intersectorial: Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS)

El espacio de coordinación y articulación intersectorial es la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), cuya secretaría técnica recae en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, ente encargado de facilitar la articulación de las acciones que realizan los sectores en el marco de la estrategia nacional para la reducción y prevención de la anemia.

El rol de la CIAS en el marco del SINADIS es la concertación y priorización intersectorial de objetivos, políticas, metas y recursos, así como la coordinación, seguimiento y evaluación en materia de desarrollo e inclusión social, aportando orientaciones de política general a los actores públicos que actúan dentro del Sistema.

En el marco de la CIAS, se conformará un subgrupo de trabajo para la implementación del Plan. Los sectores involucrados en el Plan designarán su punto focal para las coordinaciones técnicas- y presentarán sus avances de cumplimiento de metas comprometidas de manera trimestral, identificando las principales dificultades con el objetivo de llevar a cabo acciones que permitan abordarlas, proponiendo nuevos ámbitos de intervención y/o demandas de ajustes presupuestarios.

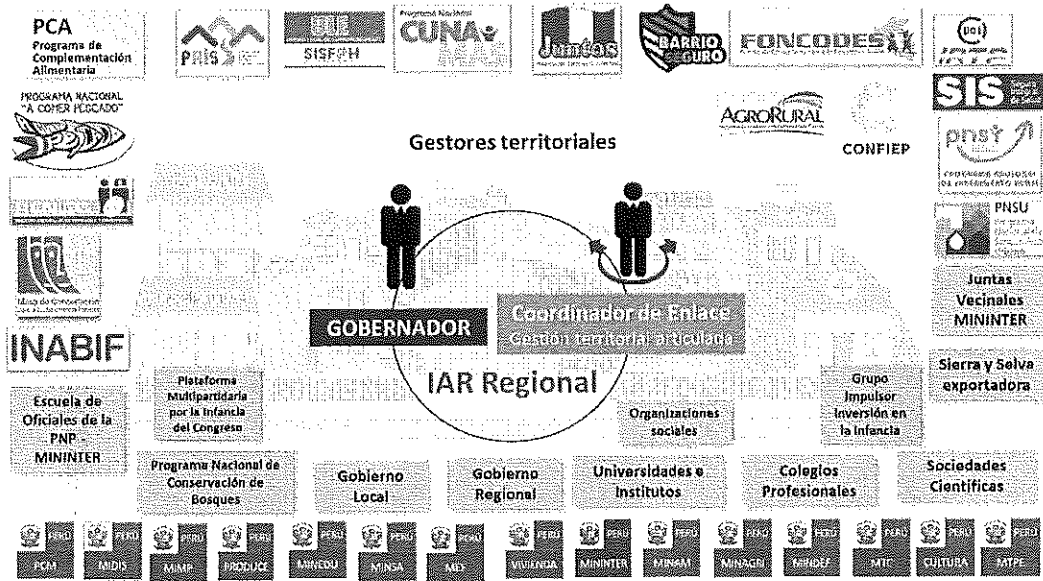
8.1.2. Instancia de Articulación Regional

La Comisión Intergubernamental Sectorial de Desarrollo e Inclusión Social (CISDIS) es la instancia de coordinación y articulación intergubernamental entre el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, quien lo preside, y los Gobiernos Regionales, para asegurar la concertación y el alineamiento programático, la priorización de las intervenciones públicas de éstos últimos con la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, y la identificación de nuevas demandas y necesidades regionales. La CISDIS realiza el seguimiento y evaluación de los indicadores del Plan multisectorial, teniendo facultad para emitir recomendaciones técnicas, las cuales son elevadas al Grupo de Trabajo para la gestión del grupo de trabajo para la reducción y prevención de la anemia de la CIAS para la evaluación respectiva.



Gráfico N° 12. Gestión Territorial: Instancia de Articulación Regional (IAR)

Gestión Territorial: Instancia de Articulación Regional - IAR



Fuente: Elaboración MIDIS. 2018

Se identificará, promoverá o reactivará una instancia de articulación a nivel regional, que asume la responsabilidad de coordinar y monitorear la implementación de las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales, destinadas a prevenir y disminuir la anemia en el ámbito regional, bajo el liderazgo del Gobierno Regional (Gerencia de Desarrollo Social Regional), con la asistencia técnica del MIDIS, y la participación de otros actores con responsabilidad en la problemática (Gráfico N° 12).

8.1.3. Instancia de Articulación Local

En el marco del SINADIS, se busca asegurar el cumplimiento de las políticas públicas destinadas a reducir la pobreza, las desigualdades, las vulnerabilidades y los riesgos sociales. En ese sentido, cada gobierno local se convierte en impulsor, en su ámbito territorial, de un espacio de coordinación para el desarrollo social, el cual debe contener un enfoque articulado a su respectivo Consejo de Coordinación Local; convocando a todos los actores nacionales, regionales, locales, públicos y privados dentro de su ámbito territorial, debiendo contribuir al desarrollo y la inclusión social desde este nivel de gobierno; a fin de articular acciones, capacidades y recursos plenamente identificados a favor de la población.

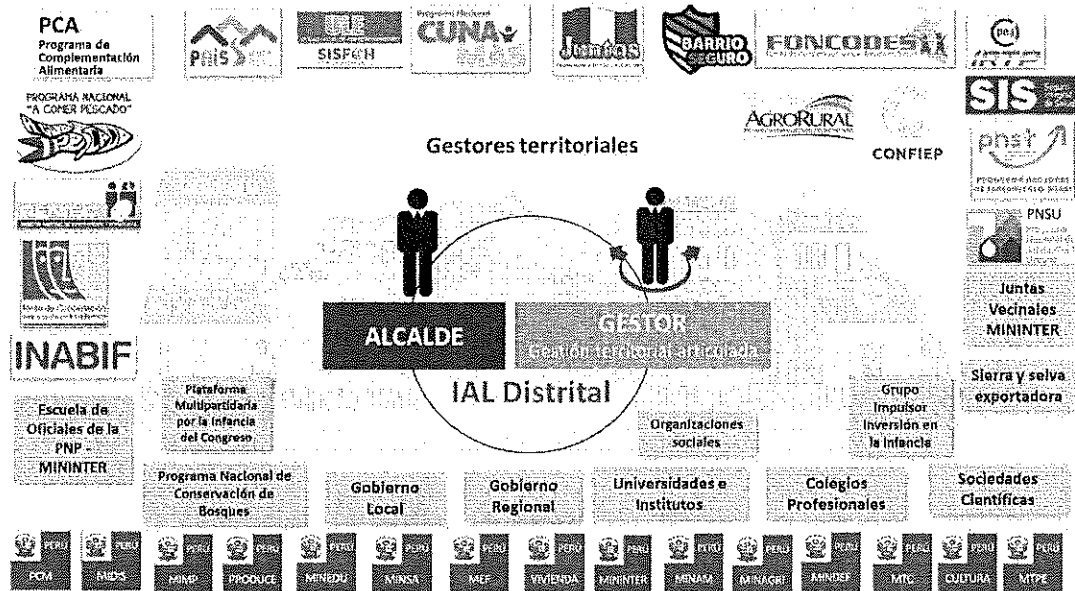
De esta forma, esta instancia de articulación local asume la responsabilidad de coordinar y monitorear la implementación de las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales, destinadas a prevenir y disminuir la anemia en el territorio local, bajo el liderazgo del Alcalde, con la asistencia técnica del MIDIS (Gestor), y la participación de otros actores con responsabilidad en la problemática.

Para ello se requiere que a nivel del distrito, el alcalde cuente con la información y la asistencia técnica oportuna y relevante para la planificación, monitoreo,



seguimiento y toma de decisiones. El Alcalde, así como los operadores de los servicios públicos y privados del territorio, requieren saber quiénes (nominados), cuántos y dónde (geo referenciados) están los pobladores que deben ser atendidos de acuerdo con las políticas y los planes para su implementación.

Gráfico N° 13 Instancia de Articulación Local (IAL)



Fuente: Elaboración MIDIS. 2018.

Tal como se aprecia en el Gráfico N° 13, La instancia de articulación local (IAL) contará con la participación de los siguientes actores:

- Alcalde: Lidera todas las actividades de la instancia de articulación local.
- Gestores territoriales del MIDIS: Asistencia técnica al cumplimiento de las funciones de la instancia de articulación local
- Operadores de servicios: implementa y coordinan las prestaciones en el nivel distrital y comunal.
- Promotores de desarrollo social de la Comunidad: realizan el seguimiento y acompañamiento y promoción de prácticas saludables priorizadas, a las familias, gestantes y niños menores de 36 meses, a través principalmente de las Visitas Domiciliarias.
- Sociedad Civil Organizada: Realiza la vigilancia de la implementación del Plan y sus metas.
- Sector Privado y Cooperación: Apoya a la implementación del Plan
- Academia: Contribuye con investigación y en la implementación de actividades previstas en el Plan.



8.2. Movilización Social

El Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, se sustenta en la participación efectiva de todos los sectores y actores a nivel nacional, regional y local, con la finalidad de sensibilizar, a través de actividades de promoción, información y difusión del conocimiento sobre las prácticas de cuidado del niño y la gestante, las causas y consecuencias de la anemia, entre otros temas; y así movilizar a la comunidad y ciudadanía a tomar acción conjunta para la prevención y reducción de la anemia en el país.

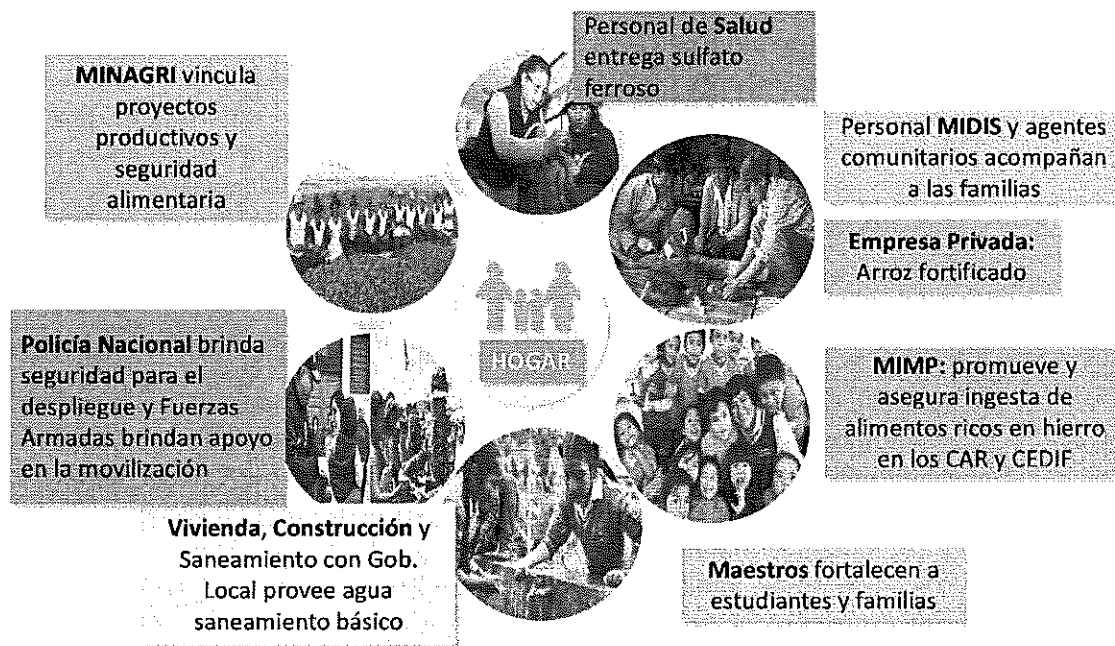
8.2.1. Participación multisectorial

Para ello, la IAL y el MIDIS pondrán, para la implementación del Plan, la participación de promotores de desarrollo social de los Programas Sociales disponibles localmente. Este equipo de promotores organizados participará, según su perfil y experiencia en acciones de sensibilización a la población o visitas domiciliarias para asegurar el consumo de suplementos de hierro y la promoción de prácticas saludables; así como en acciones colectivas como Ferias, sesiones demostrativas de preparación de alimentos, y el fortalecimiento de la comunidad organizada para la vigilancia de las familias gestantes, niñas y niños. Como se aprecia en el Gráfico N° 14, cada sector gubernamental participará de acuerdo a las acciones que le corresponde asumir en el marco del Plan y de acuerdo a los indicadores previstos. Como las que se describen:

- Personal de salud entrega el sulfato ferroso, capacita a promotores en adherencia a suplemento de hierro, promoción de prácticas saludables, sesiones demostrativas en preparación de alimentos y fortificación de alimentos, entre otros.
- Personal MIDIS acompañan a las familias.
- Maestros fortalecen las prácticas saludables en estudiantes y familia.
- Fortificación de alimentos comercializados con hierro.
- Los gobiernos locales mejoran los servicios de agua y saneamiento.
- Coordinación con la autoridad policial para la seguridad y apoyo en las movilizaciones.
- Vinculación de proyectos productivos y seguridad alimentaria y nutricional.
- Personal del MIMP promueve y asegura la ingesta de alimentos ricos en hierro en los/as usuarios/as de los CAR y CEDIF



Gráfico N° 14 Movilización Social Multisectorial



Fuente: Elaboración propia. MIDIS. 2018

Para ello se construirá una base de datos de los promotores y agentes locales de los diferentes programas sociales y sectores que gestionan localmente, incluyendo el acompañamiento a las familias con menores de 12 meses que no se encuentran en algún programa social, lo cual permitirá identificar la capacidad operativa para los diferentes roles requeridos en el proceso articulación territorial, sensibilización y seguimiento de las familias.

8.2.2. Fortalecimiento de capacidades

Las acciones de fortalecimiento de capacidades estarán orientadas a establecer estrategias diferenciadas para fortalecer la capacidad de los Gobiernos subnacionales, los gestores de programas, la comunidad, los líderes y agentes comunitarios para tomar decisiones y movilizar sus esfuerzos y recursos dirigidos a promover acciones de disminución de anemia.

El objetivo de estas acciones será posicionar a través de los diferentes mecanismos (informativos y formativos) los contenidos básicos sobre el problema.

Para esto se implementarán, entre otras acciones:

- Curso: Gestión Local de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social con énfasis en la Primera Infancia.
- Curso: Gestores de programas y Promotores Sociales "Juntos contra la Anemia".

Luego de este proceso, los promotores y agentes locales, serán acreditados y certificados por los sectores y Gobiernos Locales según el perfil para desempeñar un determinado rol en la movilización social.



8.3. Estrategia de Comunicación Concurrente

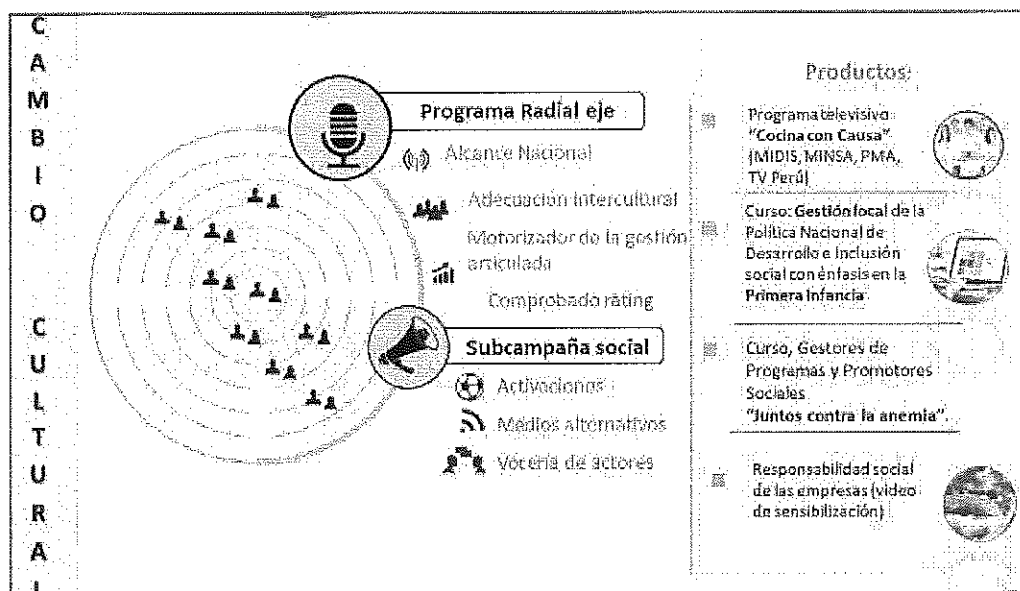
El plan de lucha contra la anemia necesita tener una herramienta comunicacional, no sólo para informar sus objetivos, avances y resultados, sino para que esta herramienta se convierta en motorizadora del mismo plan, apuntalando el principio de que la comunicación debidamente gestionada y contextualizada, constituye un instrumento clave de la gestión, particularmente si ésta es pública y pretende afianzar políticas de Estado. El plan incluye, una estrategia comunicacional concurrente, con alcance nacional, regional y local, proponiendo una campaña multimedios de alcance nacional, incluyendo radio, televisión, redes sociales y otros.

La estrategia de comunicación involucra todos los niveles de gobierno y estarán lideradas por las máximas autoridades de los 3 niveles de gobierno.

Las acciones de comunicación y difusión del Plan Multisectorial para la Reducción de la Anemia serán coordinadas por la secretaria de comunicación del palacio de gobierno, quien convocara 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 1 año. La campaña comunicacional concurrente promoverá los siguientes productos a nivel nacional:

- Programa radial EJE con alcance nacional con motorizador de la gestión articulada y comprobado rating.
- Sub campaña social, con el uso de activaciones, medios alternativos y vocería de actores.
- Articulación con el Programa Televisivo Cocina con Causa.
- Acciones de responsabilidad social con las empresas.

Gráfico Nº 15 Estrategia de Comunicación Concurrente



Fuente: Elaboración propia. MIDIS. 2018

8.4. Alineamiento de incentivos por Resultados

Con el propósito de dinamizar los procesos de gestión y la prestación de servicios entregados al ciudadano con criterios de calidad y oportunidad, los mecanismos de incentivos son una herramienta clave en la gestión para la lucha contra la anemia infantil. La experiencia del caso peruano nos demuestra que se han generado mecanismos de incentivos monetarios y no monetarios, propuestos para los Gobiernos Regionales y también para los Gobiernos Locales (Gráfico N° 16).

Gráfico N° 16 Incentivos por Resultados Local y Regional



Fuente: Elaboración propia. MIDIS-2018

Entre los mecanismos de incentivos de carácter regional se adecuarán los diferentes incentivos para los tres niveles de gobierno, entre ellos:

El Fondo de Estímulo al Desempeño (FED), es un incentivo monetario de alcance regional, que tiene como objetivo impulsar el logro de los resultados establecidos en la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, en materia de desarrollo infantil temprano. A través de este mecanismo se transfieren recursos adicionales, según el cumplimiento de metas. En estos convenios suscritos se adicionarán incluirán metas de las intervenciones priorizados en el presente Plan. Del mismo, se suscribirán convenios con el Ministerio de Salud para mejorar la oferta de servicios en Lima Metropolitana.

Del mismo modo, se coordinarán acciones con el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud, la adecuación de metas en los actuales **“Convenios de Compra de Servicios”** y **“Convenios de Gestión”** suscritos por estas entidades y los Gobiernos Regionales.

Entre los mecanismos de incentivos de carácter local tenemos:

El Plan de Incentivos Municipales, es un mecanismo de incentivo monetario a nivel de Gobiernos Locales, que entre sus objetivos tiene: reducir la desnutrición crónica infantil en el país. Es implementado por el MEF e incorpora metas propuestas por otras entidades, como MINSa, MINAGRI, MININTER, MVCS y MINAM. A través de este mecanismo se incorporarán metas asociadas a las actividades del Programa Articulado Nutricional, especialmente en acciones de los municipios que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación. Es necesario que estas sean alineadas a las metas propuestas en el presente Plan Multisectorial de lucha contra la anemia.



El Sello Municipal es un mecanismo de incentivo no monetario a nivel de gobiernos locales, que tiene como objetivo general promover que las municipalidades brinden servicios públicos de calidad, articulados y orientados a resultados, que mejoren las condiciones de vida de la población en el marco de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social. En este mecanismo se incluirán metas asociadas al presente plan, como el fortalecimiento del Padrón Nominal, la implementación de las Instancias de Articulación Local, entre otros.

De otro lado, a nivel de algunos Gobiernos Regionales se continuará el fortalecimiento las diferentes iniciativas orientadas a la reducción a la anemia a través de la firma de convenios, pactos y otros.

Así mismo, se evaluará la suscripción de convenios de incentivos presupuestales con RENIEC previo análisis técnico de pertinencia.

8.5. Seguimiento y Evaluación

El proceso de seguimiento y evaluación del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia al 2021 será liderado por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS)⁴⁴ cuya Secretaría Técnica recae en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS. En específico, en virtud a lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N° 29792, Ley de Creación, Organización y Funciones del MIDIS, ello corresponderá al Despacho Viceministerial de Políticas y Evaluación Social, a través de su Dirección General de Políticas y Estrategias y Dirección General de Seguimiento y Evaluación.

8.5.1. Seguimiento

El seguimiento del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia será abordado bajo dos niveles, uno relacionado a los resultados y otro relacionado con la gestión operativa de los productos y servicios provistos por los diferentes sectores involucrados, según el Marco Conceptual y las intervenciones para reducir la anemia descritos en el capítulo 7. El seguimiento de la gestión operativa tendrá como fuente principal los registros administrativos de los diferentes sectores y será realizada por los sectores responsables.

Para el seguimiento de los resultados (inmediatos e intermedios) se dispone del “Observatorio de Anemia” cuya plataforma web es administrada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y consolida información de diferentes indicadores de las estrategias claves para prevenir y tratar la anemia. A través del Observatorio se hará seguimiento de los indicadores intersectoriales vinculados a la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 36 meses y gestantes tanto a nivel regional como nacional. En el Observatorio de Anemia se publicarán reportes periódicos sobre la evolución de los resultados obtenidos.

En el marco de la articulación y coordinación realizada por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS), se han identificado 29 indicadores de resultados inmediatos, cuyo seguimiento estará a cargo de cada uno de los sectores responsables, entre ellos los Ministerios de Desarrollo e Inclusión Social, Salud, Educación, Mujer y Poblaciones

⁴⁴ De acuerdo al Reglamento del CIAS, su rol en el marco del SINADIS, es la concertación y priorización intersectorial de objetivos, políticas, metas y recursos, así como la coordinación, seguimiento y evaluación en materia de desarrollo e inclusión social, aportando orientaciones de política general a los actores públicos que actúan dentro del Sistema.

Vulnerables, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Agricultura y Riego, y Producción. El detalle de los mismos, junto a los datos de línea de base y metas al 2021 se encuentran en el Anexo N° 1.

En el marco de lo anterior y considerando la participación multisectorial de la intervención, la estrategia de seguimiento incluirá el trabajo coordinado entre las instituciones involucradas (Desarrollo e Inclusión Social, Salud, Educación, Vivienda, Construcción y Saneamiento, Agricultura y Producción, además de la Oficina de Cumplimiento de Gobierno e Innovación Sectorial de la Presidencia del Consejo de Ministros⁴⁵) que realizarán seguimiento a los indicadores establecidos en el Anexo N° 1

8.5.2. Evaluación

La evaluación complementa la información proporcionada por el seguimiento del Plan en dos aspectos:

El primero vinculado con el cumplimiento de los objetivos del Plan de Lucha contra la Anemia. La evaluación genera evidencia relevante y periódica de acerca del desempeño de las intervenciones del Plan en los distritos priorizados en términos de su diseño, ejecución, resultados e impactos. En el marco del proceso integrado de Seguimiento y Evaluación, la CIAS y el MIDIS como su ente rector, realizará un reporte del cumplimiento semestral y anual del logro de los indicadores de resultados inmediatos e intermedios e incluirá, cuando se disponga de información, los análisis de evaluación correspondientes para medir la eficiencia y efectividad de las intervenciones del plan para la reducción de la anemia en niños menores de 36 meses al 2021.

Con la evaluación se obtendrá recomendaciones viables y oportunas, que sirvan de insumo para el diseño y rediseño del plan.

Como parte del seguimiento al Plan, la CIAS y su ente rector realiza la medición del avance de los indicadores de resultados a través del Observatorio de Anemia el cual contendrá tableros de control a nivel de departamentos basado en las fuentes oficiales del INEI y registros administrativos de los sectores involucrados. El MIDIS generará reportes de logros de resultados que serán expuestos en las sesiones del CIAS. Dichos reportes serán complementados con los resultados de las evaluaciones de diseño, procesos, resultados e impacto cuando se disponga de la información requerida para dichos análisis.

8.5.3. Sistema de Información Nominal para el Seguimiento de la Anemia: Padrón Nominal de niñas y niños

El proceso de seguimiento nominal, se implementará en base al Padrón Nominal existente de niñas y niños menores de seis años, que se viene trabajando de manera multisectorial y se encuentra en la plataforma del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil – RENIEC. Para estimar los indicadores de seguimiento, se vinculará la

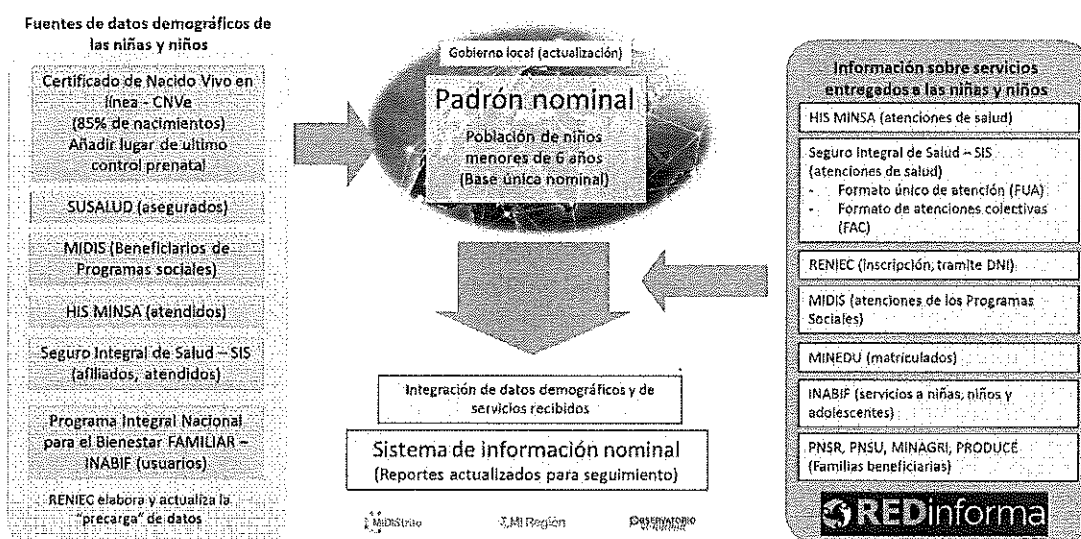
⁴⁵ En el marco del DS N° 056-2018-PCM, que aprueba la Política General de Gobierno al 2021 y encarga a la Oficina de Cumplimiento de Gobierno e Innovación Sectorial de la Presidencia del Consejo de Ministros se encarga del seguimiento del cumplimiento de un sub conjunto priorizado de los lineamientos prioritarios de la Política General de Gobierno conforme sea encargado por el Presidente del Consejo de Ministros, para lo cual proveerá análisis para la detección de puntos críticos que afecten la entrega de resultados a la ciudadanía para la oportuna toma de decisiones.



información de las prestaciones que recibe el niño en los diferentes los Establecimientos de Salud del MINSA a través de los registros administrativos del Seguro Integral de Salud - SIS y del Sistema de Salud Asistencia - HISMINSA, entre otros. A efectos de fortalecer la promoción del uso del Padrón Nominal la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales- CIAS ejecutará acciones para tal fin. En el Gráfico 17 se presenta los componentes del seguimiento individualizado para la lucha contra la anemia.

Se priorizará las intervenciones asociadas a la problemática identificada (anemia y acceso al paquete integrado de servicios en infantes y gestantes) y los principales indicadores de las estrategias de intervención de los programas sociales involucrados en el plan, esta herramienta servirá como un instrumento de gestión que permita implementar y/o priorizar iniciativas en el territorio.

Gráfico Nº 17: Sistema de Información Nominal para el Seguimiento de la Anemia



Fuente: MIDIS/2018

En el Anexo 04 se presenta para cada componente estratégico las principales acciones que se desarrollarán de manera multisectorial, lo cual implica incorporar actividades desarrolladas en este marco por los sectores involucrados. Esto implica la conformación de subgrupos de trabajo para cada componente estratégico y al interior de estos grupos, se desarrollan acciones específicas, las cuales serán informadas periódicamente en las sesiones de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales – CIAS.



9. ACTORES Y RESPONSABILIDADES

9.1. Gobierno Nacional

- Ministerio de Salud. A través de la implementación de los programas presupuestales Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal, el sector presta servicios dirigidos a las gestantes, a niñas y niños menores de cinco años de edad, y adolescentes.
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento. Con la implementación de los programas de saneamiento urbano y rural, orientado al cierre de brechas de infraestructura básica para acceso a agua segura y saneamiento en los hogares.
- Ministerio de Educación. En el marco de la implementación del Currículo Nacional vinculado al desarrollo de competencias en materia de nutrición y cuidado de la salud, así como también a través de la iniciativa Aprende Saludable, se articulan acciones con el Ministerio de Salud y de Desarrollo e Inclusión Social con el objetivo de generar oportunidades para el desarrollo de competencias y capacidades de las y los estudiantes de la educación básica. Asimismo, se incorporan acciones de cooperación para el cuidado de la salud de las niñas y niños que asisten al Ciclo I y Ciclo II.
- Ministerio de Agricultura y Riego. Incrementando la productividad agropecuaria de los alimentos con alto y mejor contenido de hierro.
- Ministerio de la Producción. Promoviendo investigación tecnológica orientada a mejorar la oferta de alimentos fortificados con hierro para consumo humano, además de fomentar el consumo de alimentos ictiológicos a través del programa “A comer pescado”.
- Ministerio de Cultura. A través de asistencia técnica para asegurar la pertinencia cultural de las intervenciones implementadas por los sectores⁴⁶ Articular con las comunidades nativas para la prestación de los servicios y/o intervenciones del Estado priorizados en el presente Plan.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Asegurar la atención oportuna de las gestantes, niños y niñas menores de 36 meses que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad y abandono, siendo el MIMP rector del Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente (SNAINA) y del ámbito del INABIF (CAR y CEDIF).
- Ministerio de Defensa. A través del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas (CCFFAA) y de las Instituciones Armadas (IIAA), y en el marco de los convenios de cooperación suscritos con el MIDIS, implementa y desarrolla estrategias para mejorar la calidad de vida de la población en situación de pobreza y pobreza extrema en todo el país, facilitando los medios de transporte para atender las necesidades de los usuarios de los Programas Sociales.
- Ministerio del Interior. Se encarga de brindar seguridad a los equipos y promotores locales involucrados en la implementación de las estrategias del Plan a nivel nacional.
- Ministerio del Ambiente. Participa en la identificación de oferta de recursos y productos de la biodiversidad nativa ricos en hierro y con alto valor nutricional que pueden contribuir a reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil, y de empresas que los ofertan. Destinatarios: Programas sociales y de salud, especialmente). Igualmente con la difusión de materiales para promover el consumo de estos alimentos.



⁴⁶ En el marco de la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural aprobada mediante DS 003-2015-MC

- Ministerio de Transportes y Comunicaciones. En coordinación con el MINSA y MIDIS implementará estrategias de comunicación basadas en mensajería de texto para promover prácticas saludables.
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo: Promueve y vigila la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales de acuerdo a la norma técnica. A través de ESSALUD promoverá la entrega de suplemento de hierro y tratamiento de la anemia a los niños asegurados y la entrega de información de estas prestaciones al MINSA.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. En virtud de su rectoría sobre la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social, cumple el rol de articular a nivel intersectorial e intergubernamental la Estrategia Nacional para la prevención y reducción de la anemia en la Primera Infancia. Asimismo, conduce la gestión de los programas sociales: Programa Nacional Cuna Más, Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres-JUNTOS, Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social-FONCODES, Programa de Complementación Alimentaria, e implementa mecanismos de incentivos dirigidos a gobiernos sub nacionales, como el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), y el reconocimiento del Premio Sello Municipal.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Mejorar la calidad del gasto público y la orientación hacia resultados.
- Presidencia del Consejo de Ministros. En virtud de su rol articulador y de seguimiento para el cumplimiento de metas.
- Gestores y operadores de los sectores: Salud, Educación, Programas Sociales, MIMP, Vivienda, Agricultura, que llegan a las familias y puedan entregar mensajes sobre prácticas saludables y el consumo de suplementos de hierro.

9.2. Gobiernos regionales y locales

- Gobiernos regionales y sus entidades correspondientes desarrollan acciones orientadas a implementar intervenciones de prevención y reducción de la anemia en el marco de los pactos regionales y de los compromisos asumidos en los convenios de asignación por desempeño CAD, suscritos en el marco del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social en el marco del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED).
- Gobiernos locales y sus entidades correspondientes coordinan acciones con actores locales para fortalecer el padrón nominal de tal manera que permita conocer la población infantil del distrito, articulando posteriormente con las prestaciones que el estado brinda a las niñas y niños para lograr su desarrollo.
- Los Gobiernos locales, promoverán la oferta, comercialización y el consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal.

9.3. Aliados Estratégicos

- Actores y líderes comunales: Representantes de juntas vecinales, asambleas comunales, juntas de agua y saneamiento, comités de gestión, consejos de vigilancia, organizaciones de base, se movilizan para realizar acciones de vigilancia y seguimiento a las prestaciones que deben recibir niñas, niños y gestantes de sus respectivas comunidades.
- Cooperación Internacional y ONG: Contribuyen a la movilización social para la prevención y reducción de la anemia, en el marco de sus ámbitos de intervención,



en coordinación con las autoridades de los tres niveles de gobierno, según corresponda.

- Medios de comunicación, disponiendo asistencia técnica y de plataformas para la producción y emisión de mensajes consensuados para sensibilizar y educar a las familias en relación a las causas y consecuencias de la anemia, así como en relación a la prevención y tratamiento de la misma.
- Sector privado, promover estrategias para mejorar la disponibilidad y el acceso de alimentos ricos en hierro de origen animal, especialmente en las zonas de mayor vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria. Asimismo, promover la producción local y el apoyo a los pequeños productores, así como el desarrollo de soluciones innovadoras.

10. INDICADORES Y METAS

10.1. Metas a nivel nacional

Las metas anualizadas de reducción de la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 6 a 35 meses a nivel nacional al 2021 son las aprobadas por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) en la Tercera Sesión Ordinaria del año 2016, y que se describen a continuación:

Tabla N° 1. Metas nacionales de anemia anualizadas 2017-2021

Indicador	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad	43.6% (Basal)	42.0%	39.0%	30.0%	19.0%

Fuente: Metas aprobadas en el marco de la definición de indicadores de la Política General de Gobierno (DS 0056-2018-PCM)

10.2. Metas a nivel regional

Las metas anualizadas de reducción de la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 36 meses de edad a nivel regional son las asumidas como compromiso político por los gobiernos regionales en el marco del Pacto Nacional para la Reducción de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil, y han sido recogidas en pactos regionales suscritos por los gobiernos regionales y las autoridades de gobiernos locales, así como en ordenanzas regionales (Anexo 2), conforme se detalla a continuación:⁴⁷

⁴⁷ Anexo N° 1 se describen las ordenanzas y documentos normativos que garantizan el cumplimiento de las metas.

Tabla Nº 2. Metas regionales de anemia anualizadas 2017-2021

Nº	Región	2017	2018	2019	2020	2021
1	Amazonas	38.8%	34.0%	29.2%	24.3%	19.4%
2	Ancash	36,6	32,8	29,0	25,1	21,2
3	Apurímac	46.5%	40.7%	35.0%	29.2%	23.3%
4	Arequipa	38.7%	33.9%	29.1%	24.3%	19.4%
5	Ayacucho	46,0%	39,2%	32,5%	25,8%	19,0%
6	Cajamarca	27,3%	24,3%	21,3%	18,3%	15,3%
7	Callao	38.1%	33.4%	28.6%	23.9%	19.1%
8	Cusco	49,1%	41,6	34,1	26,6	19,1
9	Huancavelica	50,3%	42,4%	36,0%	30,6%	23,3%
10	Huánuco	42,5%	37,9%	33,2%	28,4%	23,5%
11	Ica	35.7%	31.3%	26.9%	22.4%	17.9%
12	Junín	50.8%	46.6%	42.4%	38.2%	33.9%
13	La Libertad	33,0%	27,5%	23,5%	20,0%	16,0%
14	Lambayeque	36,3%	34,3%	31,3%	24,8%	19,8%
15	Loreto	52.8%	46.2%	39.7%	33.1%	26.5%
16	Madre de Dios	50,6%	45,6%	38,4%	28,4%	20,0%
17	Moquegua	36,0%	33,0%	29,0%	24,0%	19,0%
18	Pasco	52.7%	46.1%	39.6%	33.1%	26.4%
19	Piura	31,3%	27,4%	23,5%	19,7%	15,7%
20	Puno	66.0%	57.8%	49.6%	41.4%	29.0%
21	San Martín	42.0%	36.8%	31.6%	26.4%	21.0%
22	Tacna	31,2%	27,3%	23,4%	19,5%	17,3%
23	Tumbes	42.4%	37.2%	31.9%	26.6%	21.3%
24	Ucayali	50,3%	41,4%	35,6%	29,7%	23,7%
25	Lima Provincias	35.6%	31.1%	26.7%	22.3%	17.8%

Fuente: Tabla elaborada con los Pactos y/o Ordenanzas Regionales sobre lucha contra la anemia y DCI

10.3. Metas de Cobertura

Adicionalmente, la meta de suplementación de hierro de los niños a partir de los 4 meses es del 80% al finalizar el presente año y se incrementará progresivamente en los próximos años.

11. PRESUPUESTO

Las acciones que se realicen en el marco del “Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia”, se financiarán con cargo a los presupuestos institucionales de los pliegos involucrados, conforme a las Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público, en el marco de las normas legales vigentes.

Las intervenciones priorizadas en la estrategia serán ejecutadas en el marco del presupuesto asignado a ocho programas presupuestales: i) Acceso de la población a la identidad, ii) Programa articulado nutricional, iii) Salud Materno Neonatal, iv) Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS, v) Programa Nacional Cuna Más, vi) Programa Nacional de Saneamiento Rural, vii) Programa Nacional de Saneamiento Urbano, y viii) Atención oportuna de niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono.



Tabla N° 03: Sectores y Programas Presupuestales que contribuyen con la reducción y prevención de la anemia

Sectores	Programas Presupuestales
Ministerio de Salud	Programa Articulado Nutricional
	Salud Materno neonatal
Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento	Programa Nacional de Saneamiento rural
	Programa Nacional de Saneamiento Urbano
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Programa Nacional Cuna Más
	Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres
Registro Nacional de Identificación y Estado Civil-RENIEC	Acceso de la población a la Identidad
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	Atención oportuna de niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono

Fuente: Página web de la Consulta amigable del MEF

Los presupuestos se alinean a las metas e indicadores de las intervenciones efectivas identificadas en los Programas Presupuestales: Articulado Nutricional, Salud Materno Neonatal, Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres, Acceso de la población a la Identidad, Programa Nacional de Saneamiento Urbano, Programa Nacional de Saneamiento Rural, Cuna Más y Atención oportuna de niñas, niños y adolescentes en presunto estado de abandono. En el caso de los programas presupuestales de salud (Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal). El MINSA y los GORE priorizaran intervenciones asociados a la reducción de anemia en los programas presupuestales, articulado nutricional y salud materno neonatal.

Las acciones a cargo de los sectores y de los gobiernos regionales y locales que no se encuentren enmarcadas en los programas presupuestales antes descritos serán financiadas con cargo a sus presupuestos institucionales.

La implementación del Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia, permitirá cumplir con la meta propuesta por el Gobierno de reducir la prevalencia de anemia en los niños de 6 a 35 mes de 43 a 19%, con lo cual se evitará las graves consecuencias de esta enfermedad en la salud y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país. Evitar que los niños tengan anemia contribuirá en una mejor calidad de vida de la población y por tanto en la reducción de la pobreza.



12. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, 2016. Health Observatory data repository. Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en>
2. World Health Organization, 2016. Anemia ferropénica: Investigaciones para soluciones eficientes y viables, Ginebra. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3A-iron-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es-
3. World Health Organization, 2008. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43894/9789241596657_eng.pdf;jsessionid=8114D62863AF9308C5C4279BAD410335?sequence=1
4. INEI, 2017. Indicadores de Resultados de los Programa Presupuestales 2012-2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. Lima. Febrero 2018. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Peru-Indicadores-de-PPR-2012-2017.pdf>
5. Resolución Ministerial Nº 250-2017-MINSA, 2017. Norma Técnica de Salud Nº 134-MINSA/2017 Norma Técnica para el manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
6. FAO, 2012. Nutrición Humana en el Mundo el desarrollo. Capítulo 32 Procesamiento y fortificación de alimentos. Roma. Págs. 309-321. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s17.htm#bm43x>
7. Zavaleta N y Irizarry L., 2016. Nutrición en el Perú 2016. Situación Nutricional y sus implicancias de Política Pública. Nota Técnica. Banco Interamericano de Desarrollo-BID. División de Protección Social y Salud.
8. OMS, 2012. Directriz: Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de alimentos consumidos por lactantes y niños de 6 a 23 meses de edad. Ginebra. Págs. 3-5. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/101016/9789243502045_spa.pdf?sequence=1
9. IIN, 2016. Estudio cualitativo sobre conocimientos, percepciones y prácticas de actores comunales, familias y personal de salud y del Programa Nacional Cuna Más respecto al consumo de micronutrientes en niñas y niños de 06 meses a menos de 36 meses de edad en tres regiones del Perú, 2016. Realizados por el IIN, por encargo del MIDIS.
10. INS/CENAN, 2003. Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA, 2003).
11. INEI, 2016. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Lima. Págs. 330-335. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones-digitales/Est/Lib1433/index.html>
12. MEF, 2018. Base de datos analítica del Cubo Infant-SIS.
13. INEI, 2017. Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO. Lima.
14. MINSA, 2017. Norma Técnica de Salud Nº 134-MINSA/2017 Norma Técnica para el manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, aprobado con Resolución Ministerial Nº 250-2017-MINSA.



15. MIDIS, 2014. Documento Técnico de Sistematización de Evidencias para lograr el Desarrollo Infantil Temprano, componente Estado de Salud y Nutrición. Elaborado por la Comisión Multisectorial para proponer los Lineamientos Primero la Infancia. Lima. Pág. 33.
16. ESPON TANGO Project, 2014. ESPON Programme: Towards Better Territorial Governance in Europe; A guide for practitioners, policy and decision makers based on contributions from the ESPON TANGO Project. Luxemburgo.
17. INS, 2016. Informe del control analítico de la fortificación de la harina de trigo en los molinos. Año 2013-2014. Lima. Disponible en:
<http://www.portal.ins.gob.pe/es/component/rsfiles/preview?path=cenan%252FDECYT A%252FINFORME-FINAL-HARINA-DE-TRIGO-EN-EL-PERU-2013-2014.pdf>
18. DS 008-2004-SA, Disponen la fortificación obligatoria con micronutrientes de la harina de trigo destinada al consumo humano en el territorio nacional y de los productos derivados.





ANEXO Nº 01

INDICADORES⁴⁸ DE SEGUIMIENTO MULTISECTORIAL

POBLACIÓN OBJETIVO	Nº	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018 ⁴⁹	META 2021	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
1. Adolescentes	1	Porcentaje de adolescentes mujeres que reciben ácido fólico y suplementos de hierro según norma técnica. (MINEDU emita la relación de adolescentes a salud para estimar el dato)	0%	30%	No menos del 30%	ANUAL	Base de Datos MINEDU/MINSA	MINSA/MINEDU
	2	Porcentaje gestantes con anemia	27.9% (2016)	ND	ND	ANUAL	ENDES	MINSA
2. Gestantes	3	Porcentaje de mujeres con parto institucional y afiliadas al SIS que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico (distritos del Quintil I y II)	27.4% (Diciembre 2017)	ND	ND	MENSUAL	SIS	MINSA
	4*	Porcentaje de niñas y niños de 120 +/-10 días de edad que reciben gotas	28.8% (Marzo 2018)	80%	No menos del 80%	MENSUAL	PN-HIS-SIS	MINSA
3. Niñas y niños menores de 12 meses	5*	Porcentaje de niñas y niños de 180 a 360 días de edad con tamizaje vigente (últimos tres meses)	30% (Marzo 2018)	60%	No menos del 60%	MENSUAL	PN-HIS-SIS	MINSA
	6*	Porcentaje de niñas y niños sin ANEMIA de 6 a 11 meses que han recibido micronutrientes o jarabe o gotas completos para su edad	32% (Marzo 2018)	60%	No menos del 60%	MENSUAL	PN-HIS-SIS	MINSA
	7*	Porcentaje de niñas y niños con anemia de 6 a 11 meses que reciben tratamiento con jarabe o gotas	ND	60%	No menos del 60%	MENSUAL	PN-HIS-SIS	MINSA
	8*	Porcentaje de niñas y niños de 120 a 179 días con al menos 6 visitas domiciliarias (3 por mes)	ND	ND	ND	MENSUAL	HIS-SIS	MINSA

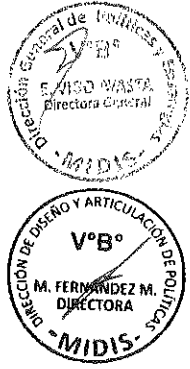
⁴⁸ Las fichas técnicas de los indicadores precisarán la definición operacional y el método de cálculo.

⁴⁹ ND: No Disponible. Las metas no disponibles serán actualizadas según viabilidad y disposición presupuestal

⁵⁰ Este indicador tendrá niveles de desagregación nacional, área de residencia, grupos de edad y por programa social según población objetivo.



POBLACION OBJETIVO	N°	INDICADOR	LINEA DE BASE	META 2018 ⁴⁹	META 2021	FRECUENCIA DE MEDICION	FUENTE DE VERIFICACION	SECTOR RESPONSABLE
	9	Porcentaje de familias con niños de 4 a 11 meses atendidas por el SAF de los distritos priorizados reciben una visita semanal de vigilancia del consumo del suplemento de hierro	40%	70%	No menos del 70%	MENSUAL	Base de datos de Cuna Más	MIDIS
	10	Porcentaje de niñas y niños atendidos por el SCD de los distritos priorizados a quienes se le administra diariamente el suplemento de hierro	44%	70%	No menos del 70%	MENSUAL	Base de datos de Cuna Más	MIDIS
	11*	Porcentaje de niñas y niños de 6 a 11 meses de edad con ANEMIA que reciben visitas domiciliarias de acuerdo a la edad (tres visitas por mes a partir del diagnóstico)	ND	ND	ND	MENSUAL	HIS-SIS	MINSA
	12*	Porcentaje de niñas y niños de 6 a 8 meses que han recibido al menos una sesión demostrativa.	3% (Marzo 2018)	30%	No menos del 80%	MENSUAL	HIS-SIS	MINSA
	13	Proporción de niñas y niños menores de 1 año afiliados a SIS, de los distritos de quintil 1 y 2 de pobreza departamental, que reciben: CRED completo según edad, vacunas de neumococo y rotavirus, suplementación con hierro y dosaje de hemoglobina.	28% (Diciembre 2017)	ND	ND	MENSUAL	SIS	MINSA
	14	Proporción de niños y niñas menores de 12 meses de edad afiliados al SIS, de los distritos de quintil 1 y 2, inscritos en el Programa Nacional Cuna Más que reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo según edad, Vacunas de Neumococo y Rotavirus, Suplementación con hierro y dosaje de hemoglobina.	36.2% (Diciembre 2017)	ND	ND	MENSUAL	SIS	MINSA – MIDIS (PN CUNA MAS)
	15	Proporción de niños y niñas menores de 12 meses de edad, de los distritos de quintil 1 y 2 de pobreza departamental, afiliados al Programa Juntos que reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo según edad, Vacunas de Neumococo y Rotavirus, Suplementación con hierro y dosaje de hemoglobina.	32.9% (Diciembre 2017)	ND	ND	MENSUAL	SIS	MINSA – MIDIS (JUNTOS)
	16	Proporción de niñas y niños de menores de 12 meses, de distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza departamental, que cuentan con	21.8% (Diciembre 2017)	ND	ND	MENSUAL	SIS	MINSA



POBLACIÓN OBJETIVO	N°	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018 ⁴⁹	META 2021	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
		diagnóstico de anemia y reciben tratamiento (sulfato ferroso)						
4. Niñas y niños menores de 24 meses	17	Proporción de niñas y niños menores de 24 meses, de distritos de los quintiles 1 y 2 de pobreza departamental, que cuentan con dos o más mediciones de hemoglobina. Proporción de niñas y niños menores de 24 meses de los distritos de quintiles 1 y 2 de pobreza del departamento que NO reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de hierro y CUI/DNI. (Nota: en quintiles 1 y 2 del departamento, sin contar Lima metropolitana)	28.4% (Diciembre 2017)	ND	ND	MENSUAL	SIS	MINSA
5. Niñas y niños menores de 36 meses	18	Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con anemia ⁵¹	43.6% (2016)	33.20%	19%	ANUAL	ENDES	MINSA
6. Condiciones de Habitabilidad: Acceso a servicios de agua y saneamiento y viviendas saludables	20	Porcentaje de hogares en áreas rurales con acceso a agua para la vivienda	71.2% (2016)	75%	85%	ANUAL	ENDES	MVCS / PNSU
	21	Porcentaje hogares en áreas rurales con acceso a agua segura para la vivienda	2.2% (2016)	23%	75%	ANUAL	ENDES	MVCS / PNSR
	22	Porcentaje hogares en áreas rurales con servicio de agua que se encuentran capacitados en el uso y manipulación adecuada del agua	46.7% (2016)	50%	56%	ANUAL	ENDES	MVCS / PNSR
	23	Porcentaje de hogares que tienen acceso al servicio de agua y realizan prácticas adecuadas en el uso del agua	75% (2016)	79%	85%	ANUAL	ENDES	MVCS / PNSR
	24	Porcentaje de población en áreas urbanas con cobertura de alcantarillado	88.3% (2016)	90%	100%	ANUAL	ENDES	MVCS / PNSU

⁵¹ Este indicador tendrá niveles de desagregación nacional, área de residencia, grupos de edad y por programa social según población objetivo.



POBLACIÓN OBJETIVO	N°	INDICADOR	LINEA DE BASE	META 2018 ⁴⁵	META 2021	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
7. Seguridad alimentaria y nutricional	25	Porcentaje hogares en áreas rurales con acceso a servicios de saneamiento (eliminación sanitaria de excretas).	24.6% (2016)	42%	70%	ANUAL	ENDES	MVCS / PNSR
	26	Porcentaje hogares en áreas rurales con prácticas adecuadas de limpieza y mantenimiento de los servicios de saneamiento (eliminación sanitaria de excretas).	26.1% (2016)	35%	50%	ANUAL	ENDES	MVCS / PNSR
	27	Proporción de niños y niñas menores de 60 meses de edad que NO acceden a agua clorada para consumo humano (cloro residual en muestra de agua de consumo ≥ 0.5 mg/l). <i>Nota: Sin considerar Lima Metropolitana</i>	73.3% (Diciembre 2017)	ND	ND	ANUAL	ENDES	MVCS / MINSA
7. Seguridad alimentaria y nutricional	28	Tasa de crecimiento del volumen de producción de los productos pecuarios que contienen hierro y forman parte de la canasta de alimentos.	5.1% (2014-2015)	1.0%	3.35%	ANUAL	MINAGRI	MINAGRI
	29	Porcentaje de hogares usuarios de Haku Wiflay con módulos de crianza de animales menores	2.4% (Oct 2017)	ND	ND	ANUAL	REGISTROS ADMINISTRATIVOS	MIDIS - FONCODES

NOTA: Las metas de los indicadores corresponden al año 1 y esperada para el año 4. Las metas para los años 2 y 3 se actualizarán según el avance.

*Indicadores claves priorizados.

⁵² Proyecciones obtenidas por la DEA-DGESEP a mayo 2018, para los años 2018 y 2021



ANEXO Nº 02

INDICADORES DE INTERVENCIONES SECTORIALES AÑO 1*

Nº	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
1		MIDIS-JUNTOS Juntos promoción (Plan 53) de 7 prácticas saludables (sesiones educativas, contenido consensuado con el MINSAL, LME, lavado de manos, acceso a agua segura, alimentación complementaria, suplemento de hierro, control prenatal, CRED) a través de visitas domiciliarias y acciones colectivas	Porcentaje de hogares con gestantes y/o niñas y niños menores de tres años beneficiarios de JUNTOS que reciben intervención educativa en prácticas saludables	0	25%	Base de Datos del Programa JUNTOS Plan 53 (Base Datos Padrón Nominal)	MIDIS
2		MIDIS-CUNAMIAS En el marco del fortalecimiento del seguimiento comunitario, el MINSAL deberá realizar capacitaciones distritales en las que debe involucrar a los actores comunales del Programa Cuna Más, a fin de manejar contenidos homogéneos.	Porcentaje de personal de campo (AT) del programa Cuna Más capacitados en importancia del hierro y la prevención y tratamiento de anemia.	0	85	Base de Datos del Programa Cuna Más	MIDIS
3			Porcentaje de actores comunales (madres cuidadoras y facilitadoras) del programa Cuna Más capacitados en importancia del hierro y la prevención y tratamiento de anemia.	0	85%	Base de Datos del Programa Cuna Más	MIDIS
4	1. Promover prácticas y entornos saludables	MIDIS-FONCODES FONCODES promueve el consumo de agua hervida, a través de kits y fortalecimiento de capacidades a los hogares	Porcentaje de hogares de usuarios del programa FONCODES que reciben kit de agua hervida	0	10%	Base de Datos del Programa FONCODES	MIDIS
5		MIMP (INABIF) En coordinación con MINSAL entregarán suplementos de hierro a niñas y niños de CEDIF y CAR.	Número de Centros de Desarrollo Integral de las Familias (CEDIF) y CAR con la totalidad de niñas y niños con suplemento de hierro según norma de MINSAL	8	11	Base de datos de MIMP	MIMP
6		MIMP (INABIF) Promueve la realización de CRED y tamizaje de anemia en coordinación con los servicios de salud locales y el MINSAL.	Número de Centros de Desarrollo Integral de las Familias (CEDIF) y CAR con la totalidad de niñas y niños con CRED y tamizaje de anemia según norma de MINSAL	8	11	Base de datos de MIMP	MIMP
7		MINEDU Programa, en coordinación con el MINSAL, la realización de visitas para el control de CRED y tamizaje de anemia en las Instituciones Educativas y Programas del Ciclo I y II.	Porcentaje de Instituciones Educativas y Programas del Ciclo I y II en las que se realizaron visitas para el control de CRED y tamizaje de anemia.	0	100%	Base de datos de MINEDU / MINSAL	MINEDU-MINSAL
8		MTPE - SUNAFIL Promueve y vigila la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales de acuerdo a la norma técnica.	Porcentaje de instituciones públicas y privadas que cuentan con lactario implementado y funcionando según norma técnica.	ND	40%	Base de datos de MTPE	MTPE



N°	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
9	MTC En coordinación con el MINSa y MIDIS implementarán estrategias de comunicación basadas en (i) mensajería de texto y/o (ii) números cortos para llamadas gratuitas al MIDIS a través de telefonía fija, para promover prácticas saludables.	MTC En coordinación con el MINSa y MIDIS implementarán estrategias de comunicación basadas en mensajería de texto para promover prácticas saludables.	Porcentaje de distritos priorizados con cobertura de acceso al servicio de telefonía móvil	37%	45%	Base de datos de MTC	MTC
10	MINSa-MTC En coordinación con el MINSa y MIDIS implementarán estrategias de comunicación basadas en mensajería de texto para promover prácticas saludables.	MINSa-MTC En coordinación con el MINSa y MIDIS implementarán estrategias de comunicación basadas en mensajería de texto para promover prácticas saludables.	Porcentaje de distritos con mensajes de texto relacionados con el consumo de suplementos de hierro.	0	100%	Base de datos de MTC	MTC
11	MVCS PNRS fortalecerá las capacidades de las JASS a nivel rural, de los distritos priorizados.	MVCS PNRS fortalecerá las capacidades de las JASS a nivel rural, de los distritos priorizados.	Porcentaje de distritos priorizados con JASS a nivel rural que han recibido al menos una capacitación de mantenimiento y conservación de sistemas de agua.	0	100%	Base de datos de la Encuesta de Agua del MVCS	MVCS- GOBIERNOS LOCALES
12	2. Reducir las brechas en acceso a agua segura y saneamiento	MINSa El MINSa y las DRESAS/GERESAs aseguran la disponibilidad en los Establecimientos de Salud de los distritos priorizados, de los equipos e insumos para la vigilancia de la calidad de los sistemas de agua.	Porcentaje de IPRESS de los distritos priorizados con disponibilidad de equipos e insumos para la vigilancia de la calidad de agua.	0	10%	Por definir con MEF (SIGA)	GOBIERNO REGIONAL
13	MINSa El Gobierno Local asegura la disponibilidad de insumos para la cloración de los sistemas de agua rural. El MINSa a través de las DESAs deberá verificarlo.	MINSa El Gobierno Local asegura la disponibilidad de insumos para la cloración de los sistemas de agua rural. El MINSa a través de las DESAs deberá verificarlo.	Porcentaje de Gobiernos Locales de los distritos priorizados que adquieren insumos para la cloración de agua de los sistemas de agua.	0	30%	Por definir con MINSa (las DESAs lo verificarán)	GOBIERNOS LOCALES
14	3. Promover el consumo de alimentos culturalmente aceptados con mayor contenido de hierro	MIDIS-JUNTOS Juntos en coordinación con las IPRESS locales promueven mediante sesiones demostrativas el consumo de alimentos con alto contenido de hierro (para las madres beneficiarias JUNTOS de los distritos priorizados). El MINSa deberá asegurar el presupuesto para contar con lo necesario para las sesiones demostrativas para niños de 6 a 8 meses (al menos 3 por cada IPRESS por trimestre).	Porcentaje de niños de 6 a 8 meses cuyas madres asisten a sesiones demostrativas para promover el consumo de alimentos ricos en hierro en los distritos priorizados por el plan	ND	ND	SISTEMA HIS- MINSa-2018. (Se cuenta con registro nominal)	MINSa
15		MIMP (INABIF) En coordinación con MINSa promueve, mediante sesiones demostrativas, el consumo de alimentos con alto contenido de hierro (para los beneficiarios de CEDIF y CAR).	Número de CEDIF y CAR que han recibido al menos una sesión demostrativa para promover el consumo de alimentos ricos en hierro.	0	11	Base de datos MIMP	MIMP



N°	INTERVENCIONES		INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
	OBJETIVOS						
16	El MIDIS a través de PCA contará con un listado de alimentos ricos en hierro disponibles en la zona.	% de distritos priorizados que cuentan con listado de alimentos ricos en hierro.	0	100%	Base de datos del PCA	MIDIS	
17	Los Gobiernos Locales deberán comprar alimentos según el listado propuesto por PCA.	% de GL de los distritos priorizados que compran alimentos según el listado preparado por el PCA.	0	30%	Por definir.	Gobiernos Locales	
18	Los Gobiernos Locales registran a la totalidad de niños, niñas y gestantes usuarios de PCA.	Porcentaje de Gobiernos Locales que han registrado a las niñas, niños y gestantes usuarios del PCA EN EL Padrón Nominal	0	20%	Padrón Nominal	GOBIERNOS LOCALES - MIDIS	
19	PRODUCE a través del Programa "A comer pescado" realizarán sesiones demostrativas a las madres de los comedores populares de los distritos priorizados y que coinciden con los de PRODUCE.	Porcentaje de comedores de los distritos priorizados que reciben capacitación sobre alimentación por PRODUCE	0	50%	Base de datos del Programa Nacional A Comer Pescado	PRODUCE	
20	PRODUCE, a través del Programa "A comer pescado" en coordinación con MINSA, realizarán sesiones demostrativas dirigidas a madres con niños menores de 36 meses y gestantes de los distritos priorizados y que coinciden con los de PRODUCE.	Porcentaje de hogares con niños menores de 3 años y gestantes de distritos priorizados que reciben capacitación sobre alimentación por PRODUCE	0	50%	Base de datos del Programa Nacional A Comer Pescado	PRODUCE	
21	El MIDIS a través de Cuna Más programará y preparará raciones con alimentos con mayor contenido de hierro, que se encuentren localmente disponibles.	Porcentaje de servicios alimentarios cumplen con la programación y preparación de alimentos con alimentos ricos en hierro localmente disponibles	0	100%	Base de datos de Cuna Más	MIDIS	
22	MIDIS/FONCODES (Haku Wiñay) /MINAGRI promueven la crianza de animales menores culturalmente aceptados y con mayor contenido de hierro.	Número de hogares que han implementado módulos de crianza de animales menores	45,700 hogares	ND	Base de datos MINAGRI, FONCODES	MIDIS	
23	MINAM: Identificación de oferta de recursos y productos de la biodiversidad nativa con alto valor nutricional que pueden contribuir a reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil, y de empresas que los ofertan. Destinatarios: Programas sociales y de salud, especialmente).	Número de recursos o productos de la biodiversidad nativa ricos en hierro y de alto valor nutricional que pueden contribuir a reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil identificados y registrados en un base de datos	0	ND	Base de datos MINAM	MINAM	
24	MINAM: Materiales de difusión para promover el consumo de recursos de la biodiversidad nativa para combatir la anemia y la desnutrición crónica infantil, para ser usado en escuelas, postas médicas, hospitales, etc. (en alianza con MINEDU-DIGEIBIRA y MINSA-CENAM).	Número de materiales elaborados y distribuidos a usuarios, en formato impreso y digital.	0	20%	Base de datos MINAM	MINAM	
25	MINAM: Modelo de articulación intersectorial para incorporar productos de la biodiversidad nativa en	Número de acuerdos entre actores para promover la incorporación de productos de la biodiversidad	0	30%	Base de datos MINAM	MINAM	



N°	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	INDICADOR	LINEA DE BASE	META 2018	FUENTE DE VERIFICACION	SECTOR RESPONSABLE
		la alimentación, especialmente en programas sociales y en compras públicas en general, con énfasis en frutos amazónicos y granos andinos (Iniciativa FAGA).	nativos ricos en hierro y de alto valor nutricional en la alimentación a través de programas sociales y compras públicas				
26	4. Asegurar el seguimiento a la entrega del paquete integrado de servicios Gestantes	El MINSU/DIRESA contará con el registro de los eventos de fortalecimiento de capacidades y del personal capacitado en una base de datos para regiones seleccionadas. El MINSU fortalecerá la prestación de servicios básicos: entrega de suplementos de hierro preventivo a gestantes, dosaje de Hemoglobina; entrega de suplemento de hierro terapéutico a gestantes con anemia visita domiciliaria sesión demostrativa de alimentos a gestantes	Porcentaje de DIRESAS que cuentan con registro de personal capacitado (HIS - INFORHUS)	0	50%	Base de datos de capacitación de RRHH - MINSU (Plataforma INFORHUS)	MINSU
27			% de gestantes que reciben prestaciones básicas	0%	30%	Base de datos MINSU: HIS-SIS	MINSU
28	5. Asegurar la captación temprana de niñas y niños menores de 12 meses para prevenir anemia desde los 4 meses y tratamiento de anemia adecuado	El MINSU, MEF y MIDIS en coordinación con RENIEC fortalecen la base de datos del Padrón Nominal como fuente única de datos poblacionales de niños nacidos, de manera nominal, con la finalidad de programar y realizar el tamizaje y suplementación oportuna. La información deberá ser articulada con la información de los programas sociales. Los PPSS promoverán el acercamiento de la familia al EESS, además de coordinar con el EESS para facilitar el tamizaje y suplementación. Las DIRESAS deberán capacitar al personal de las IPRESS en la aplicación de la norma técnica relacionada con la entrega de gotas a los 4-5 meses y jarabe o gotas a niños con anemia desde los 6 meses y MN a niños sin anemia desde los 6 meses y tamizaje de hemoglobina con prioridad en niños menores de 12 meses.	Porcentaje de niños menores de 30 días del Padrón Nominal con DNI	70%	90%	Padrón Nominal - RENIEC	GOBIERNOS LOCALES/RENIEC
29			Porcentaje de IPRESS en distritos priorizados con personal que ha recibido capacitación en la entrega de gotas a los 4-5 meses y jarabe o gotas a niños con anemia desde los 6 meses y MN a niños sin anemia desde los 6 meses y tamizaje de hemoglobina con prioridad en niños menores de 12 meses.	0	50%	Base de datos de capacitación de RRHH - MINSU (Plataforma INFORHUS)	MINSU
30		A través de los Convenios de Apoyo Presupuestario se espera incrementar el % de niños y niñas menores de 1 año en distritos amazónicos de 05 Gobiernos Regionales, registradas en el padrón nominal.	Número distritos amazónicos priorizados cuentan con no menos de 80% de niños y niñas menores de 1 año respecto al promedio de niños y niñas de 2 a 4 años, registradas en el padrón nominal por centros poblados.	46	52	Padrón Nominal RENIEC	GOBIERNOS LOCALES



N°	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
31		El MINSa y las DIRESAs garantizan la disponibilidad de los suplementos de hierro (Gotas, Jarabe y MN) a nivel IPRESS a nivel nacional con énfasis en el ámbito priorizado.	Porcentaje de IPRESS de los distritos priorizados que disponen de suplemento (Gotas, Jarabe y MN) de hierro para atender a las niñas, niños a nivel nacional con énfasis en ámbitos priorizados	0	95%	Base de datos CI-SISMED	MINSa
32		MIDIS-Cuna Más (Servicio de Acompañamiento Familiar) a través de la visita semanal a la familia, vigila y asiste el consumo de Gotas en niños de 4 y 5 meses y Jarabe de hierro en niñas y niños con anemia de 6 a 11 meses y MN en niños sin anemia de 6 a 11 meses	% de familias con niños de 4 a 11 meses atendidas por el ISAF de los distritos priorizados reciben una visita semanal de vigilancia del consumo del suplemento de hierro	40%	70%	Base de datos de Cuna Más	CUNAMAS
33	6. Asegurar la entrega y consumo de suplemento de hierro (GOTAS, JARABE, MN) en las niñas y niños menores de 36 meses.	MIDIS-Cuna Más (Servicio de Cuidado diurno) administra diariamente los MN (preventivo) como Jarabe (tratamiento de anemia) en niñas y niños de 6 a 18 meses de edad.	Número de niños y niñas captados entre los 0 a 4 meses de edad que reciben al menos una visita semanal de acompañamiento a familias.	5,000	9,000	Base de datos de Cuna Más	MIDIS
34		MIDIS-Cuna Más (Servicio de Cuidado diurno) administra diariamente los MN (preventivo) como Jarabe (tratamiento de anemia) en niñas y niños de 6 a 18 meses de edad.	% de niñas y niños atendidos por el SCD de los distritos priorizados a quienes se le administra diariamente el suplemento de hierro	44%	70%	Base de datos de Cuna Más	MIDIS
35		MINEDU- MINSa. Facilita la distribución de suplementos de hierro, tanto preventivo como tratamiento de anemia, a los padres de familia en las Instituciones Educativas y Programas del Ciclo I y II, a través de los operadores de los Establecimientos de Salud del MINSa. (MINEDU envía la relación de estudiantes de inicial y sus Instituciones Educativas)	Porcentaje de Instituciones Educativas y Programas del Ciclo I y Ciclo II en las que se distribuye suplementos de hierro, tanto preventivo como tratamiento de anemia.	0%	100%	Base de datos MINEDU	MINEDU MINSa
37		El MINSa/DIRESA cuenta implementa procesos para el registro adecuado del DNI de las prestaciones de los niños menores de 1 año	% de prestaciones en el HIS con DNI validadas	0%	100%	Base de datos de capacitación de RRHH - MINSa	MINSa
38	7. Asegurar la entrega del paquete integrado de servicios a niñas y niños menores de 36 meses (CRED+Vacuna+Tami zaje+Suplemento de hierro)	El MINSa/DIRESA cuenta con el registro de los eventos de fortalecimiento de capacidades y del personal capacitado en una base de datos para regiones seleccionadas.	% de IPRESS de los distritos priorizados que reciben capacitación registrada en (HIS - INFORHUS) para el adecuado seguimiento por DIRESAs	0%	100%	Base de datos de capacitación de RRHH - MINSa	MINSa
39		MINSa ámbito nacional El MINSa fortalecerá la prestación de 7 servicios básicos: entrega de gotas a niños de 4 y 5 meses, dosaje de Hemoglobina; entrega de Jarabe a niños con anemia de 6 a 11 meses, entrega de MN a niños no anémicos de 6 a 11 meses, visita domiciliaria a niños de 4 y 5 meses, visita domiciliaria a niños con anemia de 6 a 11 meses	% de niñas y niños menores de 12 meses que reciben prestaciones básicas	0	50%	No específica	MINSa



N°	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
40	9. Realizar el diagnóstico oportuno de anemia en niñas y niños menores de 36 meses y gestantes	(acs), sesión demostrativa de alimentos a niños de 6 a 8 m de edad El MINSA / DIRESA capacita y monitorea al personal de salud sobre la correcta aplicación de las Normas Técnicas vigentes relacionadas con CRED, Prevención y tratamiento de anemia en niños y de Atención a gestantes. El MINSA actualiza las definiciones operacionales (CRED-Suplementos, Anemia, Familia Saludable) de los PP PAN y SMN concordados con la norma, para el presupuesto 2019.	Porcentaje de IPRES de distritos priorizados con personal que ha recibido capacitación sobre las normas vigentes de CRED, prevención de anemia en niñas, niños y gestantes.	0	50%	Base de datos de capacitación de RRHH - MINSA (Plataforma INFORHUS)	MINSA
41		El MINSA actualiza las definiciones operacionales (CRED-Suplementos, Anemia, Familia Saludable) de los PP PAN y SMN concordados con la norma, para el presupuesto 2019.	Documento Técnico actualizado con definiciones operacionales y criterios de programación aprobada con RM.	0	1	Emisión de documento	MINSA
42	10. Realizar Visitas Domiciliarias con acompañamiento familiar para prevención	MIDIS-Juntos en coordinación con MINSA (AFA Nacional) prioriza ámbitos y grupos etarios del Plan para focalizar sus visitas domiciliarias en consumo de Gotas de Hierro en niños de 4 y 5 meses y Jarabe de hierro en niños de 6 a 11 meses con anemia y micronutrientes en niños mayores de 6 meses sin anemia y prácticas de alimentación e higiene (prácticas saludables).	% de hogares usuarios de JUNTOS con gestantes y/o niños menores de 36 meses que reciben visitas domiciliarias en prácticas saludables en los distritos priorizados	73.000	40%	Base de Datos del Programa JUNTOS	MIDIS
43		MINSA prioriza ámbitos para focalizar las visitas domiciliarias para adherencia en consumo de Gotas de Hierro en niños de 4 y 5 meses y Jarabe de hierro en niños de 6 a 11 meses con anemia y prácticas de alimentación e higiene a través de agentes comunitarios	Porcentaje de hogares usuarios de JUNTOS con gestantes y/o niños de 4 a 11 meses que reciben visitas domiciliarias en prácticas saludables en los distritos priorizados	0	40%	Base de Datos del Programa JUNTOS	MIDIS
44	11. Realizar el seguimiento de la calidad del gasto público relacionado con la disminución de la anemia infantil	El MEF realiza el seguimiento al gasto asociado a la anemia en el marco de las intervenciones señaladas en el Plan Multisectorial y pone a disposición reportes para la vigilancia ciudadana	Número de reportes elaborados por el MEF para evaluar la calidad del gasto en anemia y DCI	0	1	MEF	MEF
45	12. Articular la prestación de servicios culturalmente adecuados con las comunidades nativas de		Porcentaje de Direcciones Desconcentradas de Cultura (DDC) que participan de la estrategia de reducción de la anemia infantil	0	100%	Bases de datos MINCUL	MINCUL
46			Porcentaje de Agentes de protección y vigilancia de las Reservas Indígenas y Territoriales a favor de los PIACI de los distritos priorizados que participan en	0	100%	Bases de datos MINCUL	MINCUL



Nº	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
	la Amazonía para reducir la anemia	Articulación con las comunidades nativas de la Amazonía para la entrega de los servicios del Estado	la implementación del plan multisectorial de lucha contra la anemia				
47			Porcentaje de organizaciones representativas a nivel nacional de las comunidades nativas de los distritos priorizados que participan plan multisectorial de lucha contra la anemia	0	100%	Bases de datos MINCUL	MINCUL
48		DRVCS: Fortalecimiento de las Área Técnica Municipal (ATM) y de las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS)	Porcentaje de DRVCS que brindan asistencia técnica a las Área Técnica Municipal (ATM) de saneamiento básico de los gobiernos locales en temas de gestión de agua y saneamiento en el ámbito rural.	0	100%	Base de datos del MVCS	MVCS
49	13. Desarrollar mecanismos orientados a la mejora de los procesos de gestión relacionados a los servicios priorizados para la disminución de la anemia	MINEDU Aprueba los "Lineamientos para la prevención de la anemia y desnutrición crónica infantil (DCI) en los Servicios Educativos de Nivel Inicial de Educación Básica Regular, Educación Básica Especial y Primer Grado de Primaria"	Porcentaje de Directores Regionales de Educación que han recibido los "Lineamientos para la prevención de la anemia y desnutrición crónica infantil (DCI) en los Servicios Educativos de Nivel Inicial de Educación Básica Regular, Educación Básica Especial y Primer Grado de Primaria"	0	100%	Base de datos MINEDU	MINEDU
50			Porcentaje de Directores de Gestión Pedagógica en las Unidades de Gestión Local que han recibido los "Lineamientos para la prevención de la anemia y desnutrición crónica infantil (DCI) en los Servicios Educativos de Nivel Inicial de Educación Básica Regular, Educación Básica Especial y Primer Grado de Primaria"	0	50%	Base de datos MINEDU	MINEDU
51		MINSa propone una base de datos nominal de gestantes a partir de datos del HIS y SIS de DGFO (MIDIS) propone el diseño de una base de datos integrada y nominal de usuarios de los programas sociales que permita el seguimiento de las intervenciones priorizando las gestantes y niñas y niños menores de 3 años.	Porcentaje de gestantes (en relación a los partos atendidos) han sido registrados en la Base de datos integrada nominal de gestantes	0	70%	Base Datos integrada HIS-SIS	MINSa
52	14. Promover el seguimiento nominal de las niñas y niños de 0 a 3 años.	Gobiernos locales actualizan datos del padrón nominal de niños menores de 3 años en la plataforma de RENIEC partir de diferentes fuentes entre ellas las actas de nacimiento.	% de gobiernos locales que actualizan el padrón nominal	ND	100%	MINSa	MINSa

N°	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	INDICADOR	LÍNEA DE BASE	META 2018	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SECTOR RESPONSABLE
53	15. Promover la articulación territorial en ámbitos regionales y locales	MIDIS implementa brinda asistencia técnica para la implementación de instancias de articulación local	Porcentaje de Gobiernos Locales priorizados que cuentan con "Instancias de Articulación Local" implementadas	0	30%	Plataforma Web	MIDIS
54		MIDIS implementa brinda asistencia técnica para la implementación de instancias de articulación regional	Porcentaje de Gobiernos Regionales que cuentan con "Instancias de Articulación Regional de Lucha contra la Anemia" implementadas	0	100%	Plataforma Web	MIDIS
55		Desarrollo de programas de capacitación a promotores sociales	% de distritos con Promotores Sociales capacitados	0	30%	Plataforma Web	MIDIS
56	16. Promover la obtención del DNI en distritos priorizados por el Plan	DGFO (MIDIS) coordina con RENIEC Central las estrategias para mejorar el acceso para obtención de DNI en las localidades priorizadas en el Plan.	Porcentaje de niñas y niños menores de un año que obtuvieron su DNI durante el primer mes de vida	0	100%	Base de datos RENIEC	RENIEC-MIDIS
57			MIDIS a través de los programas sociales y el FED en el nivel regional, identifica las brechas de niñas y niños menores de 36 meses sin DNI y con RENIEC regional diseñan estrategias para mejorar el acceso. A nivel nacional MIDIS coordina con RENIEC.	Porcentaje de Recién Nacidos en DIPRES con Oficina Regional Auxiliar (ORA) inician trámite de DNI antes de los 5 días de nacido	60%*	Padrón Nominado	GOBIERNOS LOCALES

*Las metas de los indicadores corresponden al año 1, los mismos que se actualizarán cada año de acuerdo al avance.



ANEXO N° 03

DOCUMENTOS NORMATIVOS DE LOS COMPROMISOS ASUMIDOS POR LOS GOBIERNOS REGIONALES EN LA REDUCCIÓN DE LA ANEMIA

Región	Actas de consenso de metas anualizadas de Anemia	Documento normativo emitido	Pacto regional para reducir anemia	Documento Normativo
Amazonas	X		X	
Ancash	X		X	
Apurímac	X	X		<u>OR N° 005-2017 GR-APURIMAC/CR</u>
Arequipa	X	X	X	<u>OR N° 377- AREQUIPA</u>
Ayacucho	X	X	X	<u>OR N° 006-2017-GRA/CR</u>
Cajamarca	X		X	
Callao	X	X	X	<u>OR N° 0008</u>
Cusco	X	X	X	<u>RD N°0418-2017</u>
Huancavelica	X	X	X	<u>OR N° 370-GOB:REG HVCA/CR</u>
Huánuco	X		X	
Ica	X	X		<u>OR N° 016-2017-GORE -ICA</u>
Junín	X		X	
La Libertad	X	X	X	<u>OR 013-2017 GRLL/CR</u>
Lambayeque	X	X	X	<u>OR N° 019-2017-GR.LAMB/CR</u>
Loreto	X	X	X	<u>OR N° 012-2017-GLR-CR</u>
Madre de Dios	X		X	
Moquegua	X	X	X	<u>OR N° 01-2017-CR/GRM</u>
Pasco	X	X	X	<u>OR N° 409-2017-G.R.P./CR</u>
Piura	X	X	X	<u>OR N° 394-2017/GRP-CR</u>
Puno	X	X	X	<u>OR N° 05-2017-GR PUNO-CRP</u>
San Martín	X	X		<u>OR N° 017-2017-GRSM/CR</u>
Tacna	X	X	X	<u>OR N° 003-2017-CR/GOB.REG.TACNA</u>
Tumbes	X	X	X	<u>OR N° 011-2017-GOB.REG.TUMBES-CR-CD</u>
Ucayali	X	X	X	<u>RER N° 0282-2017-GRU-GR</u>
Lima Provincias	X	X		<u>OR N° 014-2017-CR-GRL</u>



ANEXO N° 04
ACCIONES MULTISECTORIALES POR COMPONENTE ESTRATÉGICO

Componente Estratégico 1: Gestión Territorial

Actividades/ Tareas	RESPONSABLE
Organización del grupo de trabajo	MIDIS *, PCM, MINSA, CEPLAN, MCIP
1. Instancia de Articulación Intersectorial	
1.1. Constitución del subgrupo de trabajo para la implementación del Plan.	MIDIS: Dirección General de Coordinación Territorial
1.2. Designación formal del punto focal (cada sector).	Sectores
2. Reactivación o constitución de instancias de articulación Regional CRIA u otro	
2.1 Formalización o constitución de las Instancias de Articulación Regional	Gobierno Regional
2.2. Elaboración del plan regional de lucha contra la anemia que incluya metas de las principales intervenciones y componentes estratégicos.	Gobierno Regional
2.3. Plan de acción de corto plazo delimitando responsabilidades	Gobierno Regional
2.4. Seguimiento del cumplimiento de las acciones o actividades acordadas.	Gobierno Regional
2.5. Seguimiento y toma de decisiones en relación a los resultados alcanzados.	Gobierno Regional
3. Reactivación o constitución de instancias de articulación local	Gobierno Local
3.1 Formalización o constitución de las Instancias de Articulación Local liderada por el Alcalde.	Gobierno Local
3.2. Elaboración del Plan Local de lucha contra la anemia en distritos priorizados con población rural	Gobierno Local
3.3 Elaboración del Plan Local de lucha contra la anemia en distritos priorizados con población urbana	Gobierno Local
3.4. Mapeo de actores en cada Gobierno Local	Gobierno Local
3.5. Actualización del padrón nominal	Gobierno Local
3.6. Elaboración de Mapa de sub coberturas sectorizado	Gobierno Local
3.7. Organización territorial de Promotores Sociales	MIDIS DAT
3.7. Seguimiento del cumplimiento de las acciones o actividades acordadas.	Gobierno Local
3.8. Seguimiento y toma de decisiones en relación a los resultados alcanzados.	Gobierno Local

(*) Dirección General de Articulación y Coordinación de las Prestaciones Sociales



Componente Estratégico 2: Movilización Social

Actividades/ Tareas	RESPONSABLE
Organización del grupo de trabajo	MIDIS *, PCM, MINSA, todos los sectores
1. Mapeo de actores para la movilización social	
1.1. Mapeo de actores institucionales, redes de apoyo e instancias relacionadas con las determinantes del desarrollo infantil temprano.	DGACPS y sectores
1.2. Socialización de la información del mapeo de actores con los sectores del Estado, Gobiernos Regionales y Locales.	DGACPS
2. Organización de la base de datos de los promotores de desarrollo social de todos los sectores del Estado (Información a considerar: nombres, apellidos, DNI, actividad principal que realiza, distrito y centro poblado y/o localidad donde desarrolla sus actividades)	
2.1. Elaboración de matriz de base de datos de promotores de desarrollo social	DGACPS- MIDIS
2.2. Reporte de los Sectores del Estado en la base de datos, respecto a sus promotores de desarrollo social.	Sectores
3. Escuelas de Formación de Promotores de Desarrollo Social	
3.1. Coordinación con gobiernos distritales para la identificación, acreditación y fortalecimiento de los Promotores de Desarrollo Social.	Gestor territorial MIDIS
3.2. Mapeo de Promotores de Desarrollo Social, según localidad y centro poblado.	Municipalidades, Gestor territorial MIDIS y EE.SS
3.3. Registro y acreditación municipal de los Promotores de Desarrollo Social.	Municipalidades
3.4. Diseño de programas de capacitación por competencias, dirigido a Promotores de Desarrollo Social, modalidad presencial y virtual, diferenciados por ámbitos geográficos y culturales (temas: causas y consecuencias de la anemia infantil, DIT, visitas domiciliarias y gestión articulada)	MIDIS, MINSA, MIMP
3.5. Implementación de los programas de capacitación en los distritos priorizados, con énfasis en aquellos con mayor cantidad de población de niños y donde no exista el SAF de Cuna Más.	Municipalidades, MIDIS, MINSA
3.6. Registro de Base de Datos de Promotores de Desarrollo Social capacitados.	Municipalidades, MIDIS, MINSA
3.7. Certificación de Promotores de Desarrollo Social capacitados.	Municipalidades



Actividades/ Tareas	RESPONSABLE
3.8. Identificación de mensajes clave, en el marco de la Comunicación para promover Cambios de Comportamiento - CCC, para el uso de los Promotores de Desarrollo Social	MIDIS, MINSA
3.9. Diseño e implementación de mecanismos de incentivo de los Promotores de Desarrollo Social.	Municipalidades y Sectores
4. Organización de visitas de seguimiento en el hogar	
4.1. Identificación y asignación de número de niños por Promotor de Desarrollo Social, en el marco de la sectorización municipal, con el objetivo de garantizar la visita domiciliaria para garantizar la LME, AC, consumo de alimentos ricos en hierro, suplementación, otros (según padrón nominal y localidad).	Municipalidades, Gestor territorial MIDIS y EE.SS
4.2. En coordinación con el MINSA, coordinar el registro de visitas de seguimiento de Promotores de Desarrollo Social.	MIDIS, MINSA
5. Festival distrital de "niños de hierro", con el objetivo de posicionar el mensaje de niños y gestantes sin anemia.	
5.1. Diseño de propuesta de eventos distritales considerando las diferencias de los ámbitos geográficos y culturales	MIDIS y MINSA
5.2. Eventos distritales en los cuales se realice las siguientes actividades: campañas de desparasitación, dosaje de hemoglobina, sesiones demostrativas, concursos platos con alimentos ricos en hierro, concurso de comunidades saludables, otros.	Municipalidades y Sectores

(*) MIDIS: Dirección General de Articulación y Coordinación de las Prestaciones Sociales



Componente Estratégico 3: Estrategia de Comunicación Concurrente

Actividades/ Tareas	RESPONSABLES
Organización del grupo de trabajo	Palacio de Gobierno, PCM, MIDIS (*), MINSA y otros Sectores
1. Coordinación intersectorial para la implementación de la Estrategia de Comunicación de forma concurrente	Of. Comunicaciones Sectores
2. Implementación de la Estrategia de Comunicación	Of. Comunicaciones Sectores
2.1. Elaboración de la Marca del Plan (Logo Único)	Of. Comunicaciones Sectores
2.2. Formulación de Mensajes Claves para publicidad masiva y abogacía.	Of. Comunicaciones
2.3. Notas periodísticas consensuadas	Of. Comunicaciones Sectores
2.4. Mensajes claves para redes sociales y Página Web	Of. Comunicaciones Sectores
2.5. Mensajes claves para difundir en páginas web de ministerios, gobiernos regionales y locales.	Of. Comunicaciones Sectores
3. Difusión del Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia (aprobado en CIAS 23/05/2018)	Of. Comunicaciones
3.1. Presentación del Plan a los Decanos de los Colegios Profesionales	MIDIS
3.2. Presentación del Plan Multisectorial	MIDIS
Lima: Ministerios, Mesa de Lucha contra la pobreza, entidades académicas, municipalidades, empresas privadas, entidades académicas.	Sectores
Regiones: Gobiernos regionales, Mesa de lucha contra la pobreza, entidades académicas, municipalidades, empresas privadas.	Sectores
Regiones Video conferencias con equipos técnicos regionales.	Sectores
4. Publicación del documento y difusión a través de las páginas web de los diferentes sectores	Of. Comunicaciones
4.1. Presentación pública del Plan Multisectorial y distribución del documento	MIDIS
5. Elaboración de materiales educativos para sensibilizar a la población sobre el problema de la anemia	Of. Comunicaciones
5.1. Elaboración de un documento de versión amigable del plan multisectorial para la población	Of. Comunicaciones
5.2. Elaboración de video sobre Experiencias Locales exitosas en la reducción de la anemia	Of. Comunicaciones
5.3. Elaboración de video de sensibilización dirigido a la población en general sobre los efectos de la anemia	Of. Comunicaciones
5. Premio Nacional a las experiencias que hayan demostrado resultados en la reducción de la anemia	MIDIS: DGPE-DPIP

(*) MIDIS: Oficina General de Comunicación Estratégica.



Componente Estratégico 4: Alineamiento de los incentivos por resultados

Actividades/ Tareas	RESPONSABLE
Organización del grupo de trabajo:	MIDIS,MEF, MINSA, PCM y Otros
1. Incentivos regionales y Entidades Nacionales	
1.1. Convenios FED	MIDIS-MEF
a. Suscripción de adendas a convenios FED, MIDIS-MEF con Gobiernos Regionales	MIDIS GORE MEF
Acto protocolar de suscripción de adendas en acto público con presencia del SPR y Ministros.	
b. Suscripción de Convenio FED, MIDIS-MEF con MINSA	MIDIS-MEF MINSA
Propuesta de Convenio y Negociación de metas del Convenio.	
Acto protocolar de suscripción de convenio	
1.2. Convenios de Apoyo Presupuestario a Programas Presupuestales,	
a. Convenio de apoyo presupuestario a Programas Presupuestales MEF con entidades en marco del AP ENDIS, <i>previo análisis técnico de su pertinencia.</i>	MEF
. Propuesta de Convenio.	
. Negociación de metas del convenio.	
. Acto protocolar de suscripción de Convenio MEF (DGPP) y Entidades	
b. Incorporación de compromisos de gestión y metas de cobertura asociados al Plan Multisectorial con cinco gobiernos regionales CAP-ENDIS	
1.3. Suscripción de Convenio de incentivos presupuestales con RENIEC, previo análisis técnico de su pertinencia.	MIDIS-MEF RENIEC
Acto protocolar de suscripción de Convenio con RENIEC	
1.4. Coordinación con MINSA sobre la Incorporación de metas asociadas a las intervenciones priorizadas y componente estratégico del plan en "Convenios de Compra de Servicios" y "Convenios de Gestión" con Gobiernos Regionales	MIDIS-MINSA
2. Generación de Incentivos para Gobiernos Locales	Gobiernos Locales - MIDIS
2.1. Incorporación de metas asociados al cumplimiento del plan multisectorial en el Plan de Incentivos Municipales (PI)	MINSA-MIDIS- MEF
2.2. Incorporación de metas asociados al cumplimiento del plan multisectorial en Sello Municipal	MIDIS

(*) MIDIS: Dirección General de Políticas y Estrategias



Componente Estratégico 5: Seguimiento y Evaluación

Actividades/ Tareas	RESPONSABLE
Organización del grupo de trabajo:	MIDIS (*) MEF, MINSA, SIS, PCM (**), RENIEC, INEI.
1. Sistema de Información Nominal para el Seguimiento de la Anemia: Padrón Nominal	MIDIS
1.1. Construcción de la Plataforma Única de todos los sectores y seguimiento nominal de la entrega de servicios de los niños y niñas.	MIDIS, MEF, MINSA, SIS, RENIEC
1.2. Formulación del Padrón Nominal para el seguimiento de las prestaciones de los niños menores de 6 años, donde se incluya roles de los diferentes sectores.	MINSA/MIDIS
2. Seguimiento	
2.1. Elaboración de una plataforma Web para sistematizar y publicar información de los indicadores de seguimiento del plan multisectorial.	MIDIS
2.2. Reporte mensual de los logros alcanzados en los indicadores de seguimiento. Reporte a nivel de Gobierno Local con indicadores seleccionados.	MIDIS y Otros Sectores
2.3. Evaluación del Observatorio de anemia para incorporar los indicadores de resultados del Plan Multisectorial.	MIDIS
2.4. Coordinación con INEI para la ampliación de la muestra de la ENDES que permita representar diferentes grupos de interés.	MIDIS/INEI-PCM
2.5 Seguimiento Estratégico a los indicadores claves priorizados en el plan	PCM (**)
3. Evaluación	
3.1. Definición de los programas que requieren ser evaluados	MEF/MIDIS
3.2. Elaboración de la nota conceptual de los programas a ser evaluados.	MEF/MIDIS
3.3. Evaluación del impacto de SAF en la reducción de la anemia	MEF/MIDIS

(*)MIDIS: Dirección General de Seguimiento y Evaluación

(**) PCM: Oficina de Cumplimiento de Gobierno e Innovación Sectorial.



