

HACIA UN PERÚ SIN ANEMIA

TOWARD ERADICATION OF ANEMIA IN PERU

Juan Arroyo-Laguna^{1,a}

La anemia es un problema de salud global ⁽¹⁾ y, en nuestro país, la anemia infantil es uno de los principales problemas de salud pública que afecta a nuestra población, sobre todo a los sectores más vulnerables como las gestantes, los niños menores de dos años y las mujeres en edad fértil ⁽²⁾.

Actualmente, en el Perú el 43,5% de los niños de 6 a 35 meses, tiene anemia, con una distribución de 51,1% en la zona rural y 40% en la zona urbana. Esto representa 620 mil niños menores de tres años anémicos en una población de 1,6 millones a nivel nacional.

Se estima que la anemia tiene un impacto económico para la sociedad peruana de 2777 millones de soles, costo que representa el 0,62% del PBI nacional ⁽³⁾. Por ello, es fundamental reducir las altas prevalencias de anemia y el gobierno se ha propuesto como objetivo reducirla al 19% para el año 2021, a través de diversas estrategias ⁽⁴⁾.

La principal estrategia hasta el momento es la realización de megacampañas, como la realizada el 29 de octubre de 2017, donde se movilizaron todos los recursos del Ministerio de Salud (MINSA) para un logro inédito, más de 154 000 niños y gestantes tamizados a nivel nacional. Todas las campañas anteriores no superaban los 15 000 tamizados. ¿Es este resultado masivo, un cambio solo en la cantidad o en la calidad de la política pública antianemia? Pensamos en esto último.

¿Qué pasó en esa campaña? Los colaboradores del MINSA sintieron que la modalidad de una campaña, es su forma característica de respuesta a los problemas sanitarios. En realidad, lo ha sido desde siempre; históricamente, desde las grandes epidemias de los años 20 hasta las últimas, como la del cólera, en los 90. Los hospitales, tradicionalmente, encierran burocráticamente este enorme potencial de despliegue de energías de los recursos humanos del sector público, que en los dos primeros niveles de atención tiene mayor libertad para nutrirse de las comunidades que las rodean.

La convocatoria del 29 de octubre, sonó a un “enganche intercultural” con nosotros mismos. Rápidamente se constituyeron más de 600 puestos de atención a nivel nacional, ubicados en extramuros, en las plazas, parques y mercados; el personal de salud salió con megáfonos a convocar a la gente; instalaron puestos, no solo de despistaje y entrega de medicamentos, sino de degustación y consejería nutricional, y hasta de actividades festivas. Hubo iniciativas que la teoría considera antinomias: pasacalles con mensajes de textos, padrón nominal electrónico con degustaciones de sangrecita o menudencias de pollo. Por primera vez cada tamizaje se registró electrónicamente y, dependiendo de la conectividad, fue inmediatamente registrado en una matriz de información que permitió el monitoreo en tiempo real. Se utilizó por primera vez la telegestión, conectando en simultáneo a las 25 direcciones y gerencias regionales de salud, pero cada cual, con su estrategia particular de encuentro con su población, se trate de brigadistas, establecimientos de salud abiertos en feriado o carpas de atención.

Esta campaña, como la próxima megacampaña del 3 de diciembre, por el medio millón de niños vacunados, tiene una lógica cuyo descubrimiento es la clave para una reforma “a la peruana” de los servicios y sistema de salud. Los tremendos resultados conseguidos son frutos de un enfoque de política pública que no contrapone campaña con servicios, aun reconociendo que las campañas no son una solución sostenible, pero en una situación donde los servicios de salud tienen aún mucho por mejorar. Se diluye un viejo dilema de la salud pública tradicional, acaso

¹ Ministerio de Salud. Lima, Perú.

^a Viceministro de Salud Pública.

Recibido: 04/12/2017 Aprobado: 06/12/2017 En línea: 07/12/2017

por corresponder nuestro carácter nacional a otro registro distinto al del Max Weber o al del *public choice*.

¿Cuál es la cadena de insumos, procesos y resultados, de una intervención vía campañas en un sistema de salud construido históricamente así? Las campañas accionan un dispositivo multiplicador largamente ausente en muchas gestiones: la motivación, el reconocimiento, sobre la base de una dotación de recursos humanos con fuerte vocación de servicio. Mientras el gerencialismo *hard* se deshace en las manos de sistemas desestructurados, el gerencialismo *soft*, bajo la misma circunstancia, saca lo mejor desde dentro hacia fuera. De esta forma, el insumo principal resulta la empatía e inteligencia emocional, nuevas formas del *ayni* y, en base a esta mística colaborativa, el proceso de una campaña explota las capacidades instaladas con más efectividad que la sola programación estratégica no logra. Dado que lo cultural tiene un fuerte peso en lo institucional, los procesos de las campañas gatillan un fuerte activismo, que determina como productos grandes cifras de tamizajes, pero de pronóstico reservado en cuanto a tratamiento y adherencia posteriores, si no mejoran los servicios.

Este es el proceso de un sistema de salud particular, con más flujo que estructura, con la convivencia entre lo

desestructurado y el burocratismo, que atraviesa la salud pública peruana y que hace infructuosos los esfuerzos por dominar sus demonios en la jaula de lo simplemente normativo. Esta es la lógica de la respuesta institucional no solo a la anemia sino a todos los problemas de la salud pública peruana, el entorno que hace ineficaces periódicamente los esfuerzos de las reformas basadas en la teoría principal-agente y la teoría de los incentivos.

El problema es algo más complejo, porque no solo hay patrones culturales predominantes en la oferta de servicios, en su personal, sino también en la población peruana y, en este segundo caso, los patrones predominantes no convierten automáticamente las necesidades de salud en demandas de atención. No existe, por tanto, una demanda activa contra la anemia, pese a que la demanda potencial envuelve a casi la mitad de nuestra niñez. Se tiene así que practicar, por necesidad, una vieja lección de la promoción de la salud y de la prevención de riesgos: es necesario gatillar también el dispositivo cultural poblacional que movilice al otro gran actor del problema, las personas. El tamizaje temprano es clave como manejo preventivo de la anemia en niños, pero supone traer al tamizado. Gran paradoja en este caso: es más fácil movilizar a la oferta que a la demanda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López A, Cacoub P, Macdougall IC, Peyrin-Biroulet L. Iron deficiency anaemia. *Lancet*. 2016;387(10021):907-16. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60865-0.
2. Instituto Nacional de Salud. Anemia en la población infantil del Perú: Aspectos clave para su afronte [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2015. [citado 15 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/ repositorioaps/0/4/jer/ evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf
3. Alcázar L. Impacto económico de la anemia en el Perú [Internet]. Lima: GRADE, Acción contra el Hambre; 2012. [citado 15 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRADE_ANEMIA.pdf
4. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Documento técnico del Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2017. [citado 15 noviembre 2017]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF

Nuestros artículos se encuentran **indizados** en:

SCOPUS



www.scopus.com