



unicef   
para cada infancia

© UNICEF/UNI768677/Augusto

## UNICEF - Análisis situacional de la anemia en gestantes, niñas y niños menores de tres años en el departamento de Ica

Informe elaborado por UNICEF Perú para



## Lista de acrónimos

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
ATM	Área Técnica Municipal
CNV	Certificados de Nacido Vivo
CIAI	Centros Infantiles de Atención Integral
CPN	Control Pre Natal
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
DATASS	Diagnóstico sobre Abastecimiento de Agua y Saneamiento en el Ámbito Rural
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DRE	Dirección Regional de Educación
EBR	Educación Básica Regular
ECE	Evaluación Censal de Estudiantes
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
VIANEV	Encuesta de Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida
EPS	Empresas Prestadoras de Servicios de Saneamiento
EsSALUD	Seguro Social de Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
INS/CENAN	Instituto Nacional de Salud - Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Salud
IVIA	Índice de Vulnerabilidad de Inseguridad Alimentaria
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNCM	Programa Nacional Cuna Más
PRONOEI	Programas No Escolarizados de Educación Inicial
SAP	Sistemas de Agua Potable
SAF	Servicio de Acompañamiento a Familias
SCD	Servicio de Cuidado Diurno
SIAGIE	Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa
SIEN	Sistema de Información del Estado Nutricional de Niños y Gestantes
SIS	Seguro Integral de Salud
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
REUNIS	Repositorio Único Nacional de Información en Salud
TPI	Transferencia Primera Infancia

## Contenido

I.	Introducción.....	3
II.	Marco conceptual.....	5
III.	Análisis situacional de la anemia en Ica.....	11
3.1	Contexto y magnitud del problema.....	11
3.2	Factores determinantes.....	15
IV.	Situación de las acciones para la prevención y reducción de la anemia.....	28
4.1	Situación de las intervenciones de salud.....	28
4.2	Situación de las acciones y estrategias de otros actores en el territorio.....	36
4.3	Acciones multisectoriales.....	42
V.	Conclusiones.....	44
VI.	Recomendaciones.....	47
VII.	Anexos.....	51

## I. Introducción

La anemia constituye uno de los principales problemas de salud pública en el Perú, que afecta de manera desproporcionada a grupos vulnerables como niñas, niños, adolescentes, gestantes y mujeres en edad fértil. Aunque la deficiencia de hierro es una de sus principales causas, la evidencia actual reconoce que la anemia responde a un conjunto complejo y multifactorial de determinantes que incluyen deficiencias de otros micronutrientes, infecciones recurrentes, condiciones crónicas de salud, factores genéticos, así como condiciones sociales, económicas, ambientales y del acceso a servicios básicos.

Esta naturaleza multicausal de la anemia implica que su prevención y control no pueden limitarse a intervenciones centradas únicamente en la suplementación con hierro. Por el contrario, se requiere una respuesta integral que actúe sobre los factores inmediatos, subyacentes y estructurales del problema, entre ellos la inseguridad alimentaria, las prácticas inadecuadas de alimentación infantil y materna, el acceso insuficiente a servicios de agua potable y saneamiento, y las limitaciones en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

En el departamento de Ica, si bien algunos indicadores socioeconómicos presentan mejores condiciones que otras regiones del país, persisten brechas significativas en el acceso a servicios esenciales, particularmente en determinadas provincias, así como desafíos en la implementación efectiva de intervenciones clave. De manera preocupante, la prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses ha experimentado un incremento reciente de 7 puntos porcentuales, de acuerdo con los datos de la ENDES 2024, situándose nuevamente dentro del umbral de problema de salud pública de magnitud moderada según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).



El presente documento elaborado por UNICEF en alianza con Electro Dunas, tiene como objetivo presentar un análisis situacional integral de la anemia en el departamento de Ica, con énfasis en gestantes, niñas, niños y adolescentes. Para ello, se examina la magnitud y distribución del problema, se identifican sus principales determinantes estructurales, subyacentes e inmediatos, y se analiza la situación de las intervenciones impulsadas tanto por el sector salud como por otros sectores con capacidad de incidencia sobre los factores de riesgo. Este abordaje permite visibilizar la articulación, o ausencia de ella, entre las distintas plataformas de servicios, así como las oportunidades de mejora en el diseño y ejecución de acciones multisectoriales.

Por otro lado, busca aportar insumos técnicos para la formulación del Plan Regional Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia en Ica, en concordancia con el marco conceptual propuesto por la OMS (2023) y las políticas nacionales vigentes. UNICEF y Electro Dunas esperan que esta evidencia sirva como base para una acción más coordinada, focalizada y sostenida, orientada a garantizar el derecho a una vida saludable desde los primeros años de vida y a reducir las brechas que perpetúan la desigualdad en salud en el departamento de Ica.



## II. Marco conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia, como una condición en la cual el número de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina en la sangre es inferior a lo normal, lo que conlleva a una capacidad reducida de la sangre para transportar oxígeno.<sup>1</sup> Esta condición representa un problema de salud pública mundial de gran magnitud, afectando a una proporción considerable de la población, especialmente a grupos vulnerables como niñas y niños, mujeres en edad reproductiva y mujeres embarazadas.<sup>2</sup> La anemia no es solo un problema de salud individual, sino que también tiene consecuencias sociales y económicas significativas debido a su impacto en el desarrollo cognitivo, la salud materno-infantil y a largo plazo en la productividad.<sup>3</sup>

La disminución de los niveles de hemoglobina puede perjudicar el desarrollo cognitivo y motor de las niñas y los niños, influyendo en su rendimiento académico y su potencial de ingresos futuros. La anemia materna incrementa el riesgo de resultados adversos en el embarazo, perpetuando un ciclo de salud deficiente a través de las generaciones. Por lo tanto, comprender las causas subyacentes de la anemia es fundamental para desarrollar estrategias efectivas para su prevención y control.

La OMS ha publicado el documento "Acelerar la reducción de la anemia: un marco integral para la acción" (2023) como guía para los esfuerzos mundiales en la lucha contra la anemia, presentado globalmente con UNICEF en el 2024.<sup>4</sup> Este marco subraya un cambio hacia un enfoque multisectorial, reconociendo que la anemia tiene causas diversas e interconectadas, reconociendo la compleja interacción de la nutrición, las infecciones, la inflamación, la genética y los factores socioeconómicos. Por ello se considera necesario un abordaje con enfoque multisectorial que involucre a los sectores de salud, agricultura, agua y saneamiento, educación y protección social para lograr una reducción de la anemia eficaz y sostenible.

El modelo causal de la anemia de la OMS presenta una conceptualización multinivel de las causas, categorizadas en directas, inmediatas, subyacentes y sociales.

Las causas directas son los factores directos que afectan los niveles de hemoglobina y la producción de glóbulos rojos, estos incluyen:

---

<sup>1</sup> Anaemia [website]. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponible (<https://www.who.int/health-topics/anaemia>) Consultado 13 de mayo 2025.

<sup>2</sup> Ídem

<sup>3</sup> Ídem

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Acelerar la reducción de la anemia: un marco integral de acción. Ginebra, Suiza: OMS; mayo de 2023. Disponible en (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/367661/9789240074033-eng.pdf>) Consultado 13 de mayo 2025.

- Deficiencias de micronutrientes: La deficiencia de hierro es la causa más común a nivel mundial, según la OMS el 50% de los casos de anemia se deben principalmente a esta causa, esto como resultado de una ingesta inadecuada, una absorción deficiente o un aumento de las necesidades tal como suceden en los primeros 1000 días de vida. Por otro lado, las deficiencias de vitamina B12 y folato, cruciales para la producción de glóbulos rojos, y la deficiencia de vitamina A, que afecta el metabolismo del hierro y la producción de glóbulos rojos, son también factores de riesgo para la anemia.
- Infecciones: La malaria es una causa importante de la anemia en las regiones endémicas, debido a que provocan la destrucción de glóbulos rojos, mientras que la helmintiasis (helmintos transmitidos por el suelo) puede causar pérdida de sangre y malabsorción de nutrientes. Otras infecciones como, por ejemplo, tuberculosis, VIH, infecciones bacterianas también pueden contribuir.
- Enfermedades crónicas: Las enfermedades crónicas como la inflamación sistémica, la insuficiencia renal crónica u otras enfermedades como el cáncer pueden provocar anemia, dado que pueden afectar el metabolismo del hierro y la producción de glóbulos rojos.
- Trastornos hereditarios: Los trastornos genéticos, como la anemia falciforme y la talasemia, pueden provocar anemia debido a la producción de hemoglobina anormal o de glóbulos rojos más propensos a la destrucción
- Condiciones ginecológicas y obstétricas: La pérdida de sangre menstrual, particularmente el sangrado menstrual abundante, es un factor significativo en mujeres en edad reproductiva. Por otro lado, el embarazo aumenta las necesidades de hierro, lo que hace que las mujeres embarazadas sean particularmente vulnerables. Finalmente, la hemorragia posparto puede provocar una pérdida significativa de sangre y anemia.

Los factores de riesgo intermedios influyen en la exposición a las causas directas y afectan la capacidad del cuerpo para hacerles frente, estos incluyen:

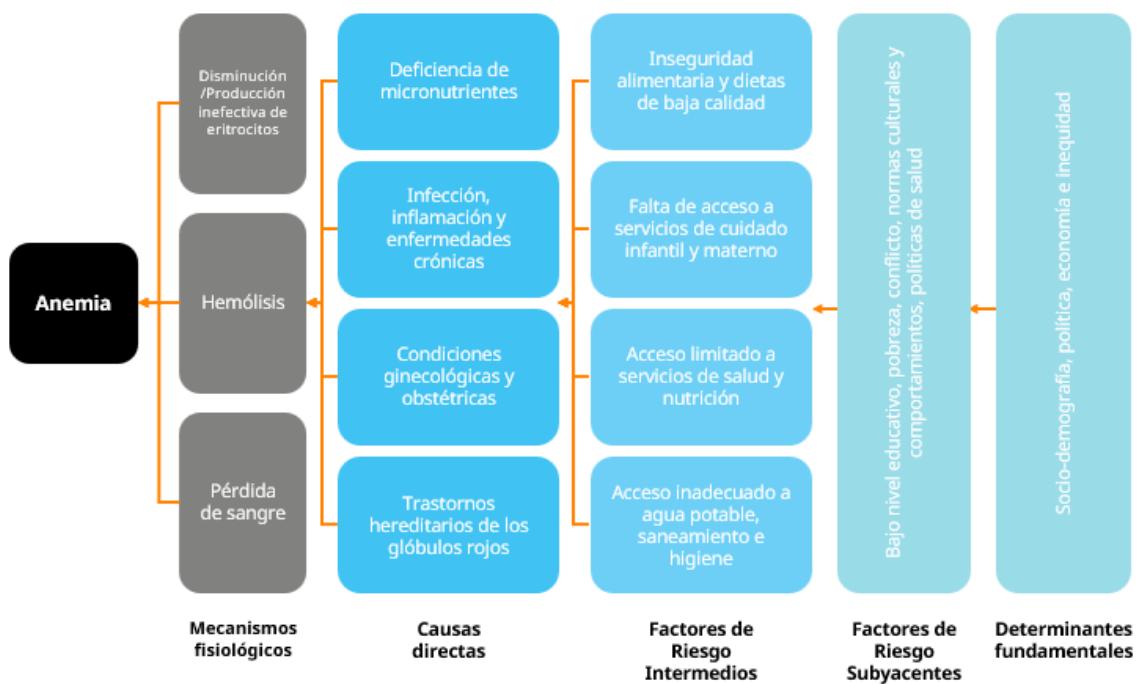
- Inseguridad alimentaria y prácticas dietéticas: el acceso limitado a alimentos ricos en hierro y dietas bajas en biodisponibilidad de hierro, así como las malas prácticas de alimentación infantil y materna en las que se restringen el consumo de alimentos ricos en hierro, particularmente las fuentes de origen animal, aumentan el riesgo de padecer de anemia.
- Acceso y utilización de los servicios de salud: El acceso limitado a la atención prenatal puede resultar en anemia no diagnosticada y no tratada en mujeres embarazadas generando problemas de salud en las gestantes y los fetos. Asimismo, la baja cobertura de los programas de suplementación con hierro e

iniciativas de desparasitación permitirán prevenir la anemia en niñas y niños pequeños.

- **Acceso a servicios de agua y saneamiento:** El saneamiento e higiene deficientes aumentan el riesgo de infecciones, incluidas las parasitarias, que contribuyen a la anemia. Asimismo, la falta de acceso a agua potable también puede aumentar el riesgo de infecciones que pueden afectar la absorción de los nutrientes.

Los factores de riesgo adyacente están relacionados a factores socioeconómicos tales como la pobreza que limita el acceso a alimentos diversos y nutritivos, así como a los servicios de salud y otras condiciones de vida que incrementa el riesgo de padecer de anemia. Por otro lado, el bajo nivel de educación materna se asocia a mayores tasas de anemia infantil.

Gráfico N° 01: Modelo causal de la anemia



Fuente: Adaptado OMS 2023

Este modelo multicausal exige intervenciones que aborden la anemia en varios niveles: desde el asegurar la ingesta de hierro a través de la suplementación o ingesta dietética de hierro de manera sostenible, y el control de infecciones y enfermedades hasta cambios socioeconómicos y políticos más amplios. Las intervenciones centradas únicamente en la suplementación con hierro pueden tener un impacto limitado si no se abordan simultáneamente problemas subyacentes como infecciones, saneamiento deficiente o inseguridad alimentaria.

Por ello, se recomienda un marco integral de acción con las siguientes líneas:

- a. Analizar información sobre factores causales y de riesgo. Existen factores sociales y medioambientales de riesgo que deben ser considerados al momento de prevenir la anemia, entre ellos: pobreza, desigualdades de género, cambio climático, acceso desigual a los servicios de salud y de educación. La colección, análisis y uso de la información para entender las causas y los factores de riesgo en contextos específicos, es esencial para poder identificar la mejor manera de intervenir.
- b. Priorizar intervenciones preventivas y terapéuticas clave. Una vez entendidas las causas y los factores de riesgo, existe un número considerado de intervenciones efectivas implementadas a nivel mundial. Si bien la intervención principal ha sido la suplementación con hierro de poblaciones en riesgo, principalmente gestantes, adolescentes mujeres, niñas y niños se requieren intervenciones más sostenibles para maximizar la ingesta de nutrientes.
- c. Optimizar la entrega de servicios a través de plataformas y sectores. Para la implementación de las intervenciones priorizadas, se deben establecer mecanismos de coordinación apropiados entre sectores implementadores. Es crucial que los esfuerzos de sinergia se realicen a lo largo de todos los sectores para impactar en los factores de riesgo, mejorar la calidad y cobertura de las intervenciones, reducir la fragmentación, hacer seguimiento al progreso y optimizar el impacto de cada intervención.
- d. Fortalecer el liderazgo, comunicación, coordinación y gobernanza en todos los niveles. Los líderes necesitan entender la magnitud y gravedad de la anemia, sus causas y sus factores, y qué se puede hacer, ya que son responsables por el bienestar de su población. Una forma de someter a los líderes al escrutinio es incorporar tareas compartidas e indicadores en planes de trabajo multisectoriales.
- e. Expandir la investigación, el aprendizaje y la innovación. La investigación ha contribuido en la mejora de la prevención, diagnóstico y gestión de la anemia, sin embargo, se requiere mayor inversión para expandir la evidencia sobre las intervenciones efectivas y generar innovaciones que permitan su entrega.

En coherencia con este enfoque integral, desde UNICEF se busca apoyar a los gobiernos nacionales y asociados a defender el derecho de las niñas y niños a la nutrición y poner fin a todas las formas de malnutrición infantil.<sup>5</sup> Por ello a través de la “Estrategia de Nutrición de UNICEF para 2020-2030: Para cada Infancia, Nutrición”, se busca proteger y promover una alimentación adecuada, y servicios y prácticas que sustenten una nutrición, un crecimiento y un desarrollo óptimos en todas las etapas de la vida, con especial énfasis en niñas, niños, adolescentes y mujeres, basándose en un enfoque sistémico que involucra cinco áreas clave: alimentación, salud, agua y saneamiento, educación y protección social, para garantizar condiciones habilitantes que permitan prevenir y controlar la malnutrición.

Por otro lado, en el 2024 se aprobó el Plan Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil en el Perú para el periodo 2024 a 2030<sup>6</sup>, el mismo que recoge el modelo conceptual de la etiología de la anemia planteado por la OMS y lo integra con el modelo conceptual del Programa Presupuestal orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano, con la finalidad de establecer, entre otras, las siguientes propuestas de solución a la prevalencia de anemia actual: A. Acceso al paquete de atención integral de salud en el niño, adolescente, gestante y puérpera. B. Acceso al agua potable y segura y saneamiento para la población rural, urbano-marginal y con alta prevalencia de enfermedades infecciosas e infestaciones parasitarias. C. Acceso y disponibilidad de alimentos fuente de hierro de origen animal con proteínas de alto valor biológico y alimentos fortificados que favorezcan el estado de salud y nutrición de la población objetivo. D. Gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal de las entidades de los 3 niveles de gobierno para el desarrollo de las intervenciones efectivas para la reducción y prevención de la anemia.

---

<sup>5</sup> UNICEF (2024). Estrategia de Nutrición de UNICEF para 2020-2030: Para cada Infancia, Nutrición. Disponible en: (<https://www.unicef.org/media/111486/file/%20Nutrition%20Strategy%202020-2030%20.pdf>) Consultado 204 junio 2025.

<sup>6</sup> Ministerio de Salud del Perú. (2024). Plan Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil en el Perú. Periodo 2024-2030. Disponible en: (<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5093832-002-2024-sa>) Consultado 13 mayo 2025.

El mismo año, mediante la Resolución Ministerial N.º 251-2024-MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N.º 213-MINSA/DGIESP-2024: *Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas*. Cuya modificación con Resolución Ministerial N.º 429-2024-MINSA, incorpora la metodología para el ajuste de la hemoglobina en intervalos de 500 metros de altitud, considerando el lugar de residencia durante los últimos cuatro meses, basado en la siguiente ecuación:

$$\text{Ajuste de Hemoglobina } \left(\frac{g}{dl}\right) = \frac{((0,0056384 \times \text{elevación}) + (0,0000003 \times \text{elevación}))}{10}$$

Obteniéndose los siguientes valores:

Rango de Elevación (msnm)	Ajustes en la concentración de Hb (g/dl)
1-499	0
500-999	0.4
1000-1499	0.8
1500-1999	1.1
2000-2499	1.4
2500-2999	1.8
3000-3499	2.1
3500-3999	2.5
4000-4499	2.9
4500-4999	3.3
5000-5500	4.0

Asimismo, actualiza los criterios para el diagnóstico de anemia en el país, considerando que una concentración de hemoglobina menor o igual a 10.5g/dL, es considerado anemia en niños de 6 a 23 meses y en gestantes a partir del segundo trimestre de gestación; en línea con las recomendaciones más recientes de la OMS<sup>7</sup>. La adopción de estos criterios actualizados permitirá optimizar las estrategias de prevención, diagnóstico y seguimiento de la anemia infantil en el Perú.

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud (2024). Guía sobre puntos de corte de hemoglobina para definir la anemia en individuos y poblaciones, Ginebra. Disponible en: (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376196/9789240088542-eng.pdf?sequence=1>) Consultado 13 de mayo 2025.

### III. Análisis situacional de la anemia en Ica

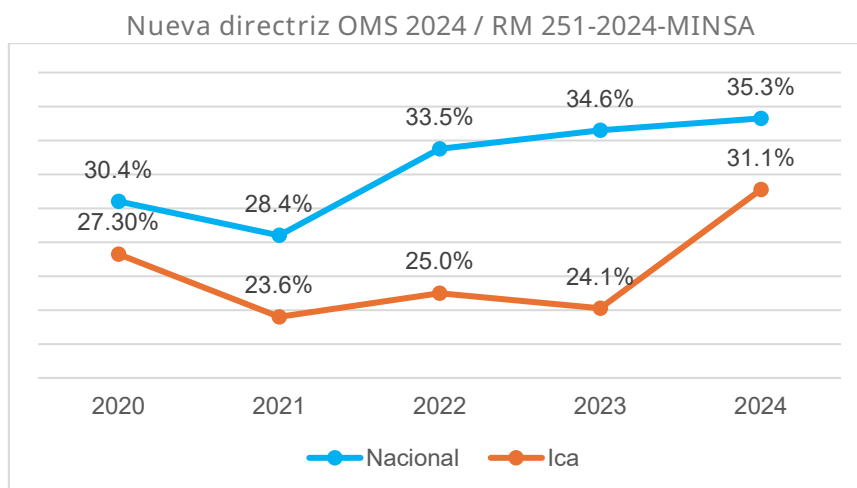
#### 3.1 Contexto y magnitud del problema

##### Anemia infantil

La anemia en el Perú constituye un problema de salud pública de magnitud moderada<sup>8</sup>, caracterizado por una elevada prevalencia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), los niveles de anemia en este grupo etario, calculados aplicando la fórmula de ajuste por altitud y el punto de corte para niñas y niños de 6 a 23 meses<sup>9</sup>, oscilaron entre el 33.5% en el año 2022 y el 35.3% en el 2024. Esta situación evidencia la persistencia del problema y la necesidad de fortalecer las intervenciones para su reducción.

Según los resultados de la ENDES 2024, dieciséis departamentos del país registran prevalencias de anemia superiores al promedio nacional, mientras que ocho departamentos se encuentran por debajo de dicho promedio. En este último grupo se encuentra el departamento de Ica, que alcanzó un 31.1% de prevalencia en niñas y niños de 6 a 35 meses.

Gráfico N° 02: Anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses departamento de Ica 2020-2024



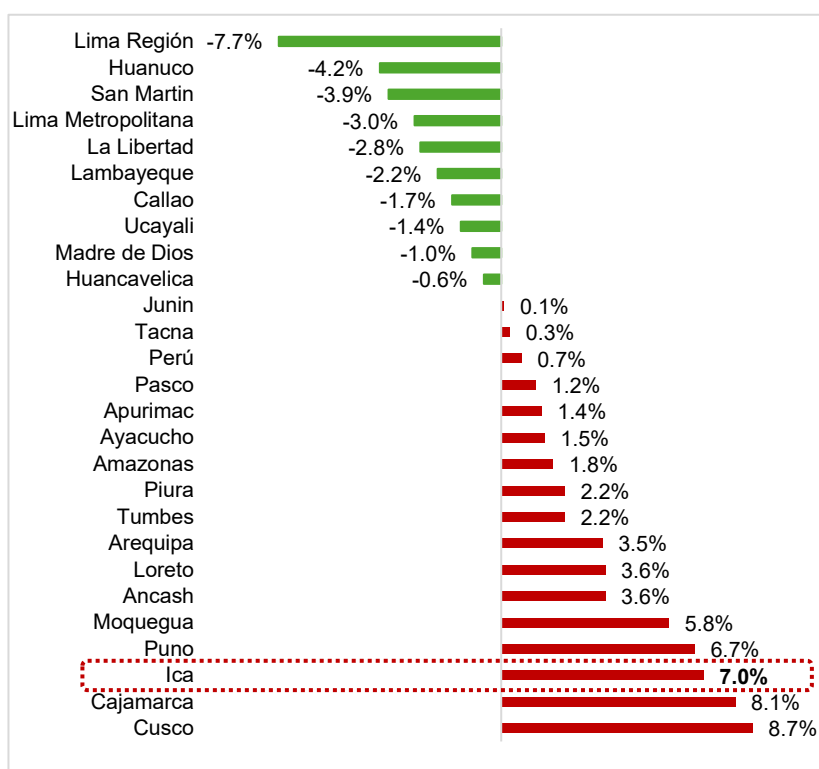
Fuente: INEI ENDES 2020-2024

<sup>8</sup> La Organización Mundial de la Salud clasifica la anemia como problema de salud pública, según se indica: "5%, no representa un problema de salud pública; 5% a 19,9%, problema de salud pública leve; 20% a 39,9%, problema de salud pública moderado; 40%, problema de salud pública grave".

<sup>9</sup> Norma Técnica de Salud N° 213-MINSA/DGIESP-2024. Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas, aprobada por Resolución Ministerial N° 251-2024/MINSA y modificada por Resolución Ministerial N° 429-2024/MINSA. Disponible en (<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7665.pdf>) Consultado 13 de mayo 2025.

Aunque esta cifra es inferior al promedio nacional, sigue siendo preocupante, ya que se encuentra dentro del rango que la OMS clasifica como un problema de salud pública de magnitud moderada. Además, representa un incremento significativo de 7 puntos porcentuales en comparación con el 2023, cuando la prevalencia se situó en 24.1%, ocupando el tercer lugar de los departamentos con mayor incremento como se puede observar en el gráfico N°02. Este aumento evidencia la necesidad de fortalecer las intervenciones en la región para evitar un retroceso en los logros alcanzados.

Gráfico N° 03: Variación de la Prevalencia de Anemia en Niñas y Niños de 6 a 35 meses por Departamento, entre el 2023 y 2024.



Fuente: INEI ENDES 2023-2024

Si bien no se dispone de información desagregada para el departamento de Ica, los datos nacionales reflejan que la anemia afecta de manera transversal tanto a zonas urbanas como rurales, así como a los diferentes quintiles de pobreza. En esa línea, de acuerdo con el Sistema de Información del Estado Nutricional de Niños y Gestantes (SIEN) del Instituto Nacional de Salud - Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (INS/CENAN), el porcentaje de anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses que asisten a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) pertenecientes a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Ica se sitúa en 9.5%. La provincia de Nasca reporta el mayor porcentaje de casos, mientras que la provincia de Ica concentra el mayor número absoluto de niñas y niños afectados. Si bien es cierto estos datos no representa la situación a nivel poblacional, nos evidencian la necesidad de

fortalecer las intervenciones focalizadas en las zonas con mayores brechas, considerando las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de salud en cada territorio.

Cuadro N°01: Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses que asisten a las Instituciones Prestadoras de Salud del departamento de Ica - 2024

Provincias	N°	Anemia Total	
		N°	%
Ica	33,526	2,886	8.6
Chincha	17,327	1,828	10.6
Nazca	6,979	1,351	19.4
Palpa	1,763	261	14.8
Pisco	13,943	648	4.6
<b>Total</b>	<b>73,538</b>	<b>6,974</b>	<b>9.5</b>

Fuente: MINSA SIEN/HIS 2024

### Anemia en gestantes

La anemia durante el embarazo constituye un desafío global de salud pública, con implicaciones significativas para el binomio madre-niña(o). La OMS señala que la anemia gestacional, predominantemente causada por deficiencia de hierro, está asociada a un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo, incluyendo aumento de la mortalidad materna, partos prematuros, bajo peso al nacer y un desarrollo cognitivo subóptimo en el recién nacido. En el contexto del departamento de Ica, de acuerdo con datos del SIEN-HIS del 2024, el porcentaje de anemia en gestantes adolescentes que asistieron a las IPRESS alcanzó el 13.5%. Las provincias de Ica y Chincha concentran el mayor número absoluto de casos de gestantes con anemia, mientras que la provincia de Nasca reporta el mayor porcentaje, ascendiendo al 21.0%. Estos datos reflejan disparidades territoriales que deben ser atendidas de manera focalizada para reducir los efectos adversos en la salud materna e infantil.

Cuadro N°02: Anemia en mujeres gestantes que asisten a las Instituciones Prestadoras de Salud del Departamento de Ica - 2024

Provincias	N°	Anemia Total	
		N°	%
Ica	5,567	676	12.1
Chincha	2,918	506	17.3
Nazca	1,034	217	21.0
Palpa	277	56	20.2
Pisco	2,423	196	8.1
<b>Total</b>	<b>12,219</b>	<b>1651</b>	<b>13.5</b>

Fuente: MINSA SIEN/HIS 2024

## Anemia en adolescentes

La anemia en la adolescencia representa un desafío significativo para la salud pública, no solo por sus implicaciones directas en el desarrollo físico y cognitivo de los y las adolescentes en esta etapa crítica, sino también por su potencial impacto intergeneracional. La OMS destaca que la anemia en adolescentes, especialmente en mujeres, incrementa el riesgo de desarrollar anemia durante el embarazo, aumentando así las complicaciones maternas y neonatales<sup>10</sup>. Además, la deficiencia de hierro en esta etapa puede afectar el aprendizaje, la capacidad de concentración y la productividad, limitando el pleno desarrollo del individuo y sus oportunidades futuras.<sup>11</sup>

En el contexto del departamento de Ica, de acuerdo con datos del SIEN-HIS del 2024, el porcentaje de anemia en adolescentes que asisten a las IPRESS alcanza el 15.7%. Las provincias de Ica y Chincha concentran el mayor número absoluto de casos, mientras que Chincha reporta la mayor proporción de anemia en este grupo etario, ascendiendo al 22.5%. Esta situación evidencia la necesidad de fortalecer las intervenciones focalizadas, especialmente en las zonas de mayor vulnerabilidad, para prevenir los efectos negativos en la salud y el desarrollo de los adolescentes.

Cuadro N°03: Anemia en adolescentes que asisten a las Instituciones Prestadoras de Salud del departamento de Ica - 2024

Provincias	N°	Anemia Total	
		N°	%
Ica	4,372	580	13.3
Chincha	1,814	408	22.5
Nazca	249	25	10.0
Palpa	247	35	14.2
Pisco	208	33	15.9
<b>Total</b>	<b>6,890</b>	<b>1,081</b>	<b>15.7</b>

Fuente: MINSA SIEN/HIS 2024

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Anemia. [En línea]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>. Consultado 19 mayo 2025.

<sup>11</sup> UNICEF. (s.f.). Nutrición. [En línea]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/nutricion-ninez-adolescencia>. Consultado 19 mayo 2025.

### 3.2 Factores determinantes

Tal como se expuso en el marco conceptual, la anemia responde a un modelo multicausal que integra factores inmediatos, subyacentes y estructurales. Esta conceptualización permite comprender que no basta con abordar las causas directas, como las deficiencias nutricionales o las infecciones, sino que es imprescindible actuar también sobre los determinantes sociales que configuran las condiciones de vida de la población y que, en última instancia, modulan su riesgo de desarrollar anemia.

En el contexto peruano, los factores socioeconómicos como la pobreza, el bajo nivel educativo y la inseguridad alimentaria son determinantes claves que limitan el acceso a una alimentación nutritiva y balanceada, afectando directamente los niveles de hierro en la población. En los hogares con menores ingresos, la dieta suele estar compuesta predominantemente por carbohidratos de bajo valor nutricional y presenta una baja inclusión de alimentos ricos en hierro, como carnes, vísceras, pescado. A esto se suma el limitado conocimiento sobre prácticas nutricionales adecuadas, que restringe la adopción de decisiones saludables en el entorno familiar.

Asimismo, el acceso insuficiente a servicios básicos, como agua potable, saneamiento e infraestructura sanitaria adecuada, incrementa la exposición a enfermedades infecciosas y parasitarias, que deterioran la absorción de nutrientes esenciales, incluido el hierro, y agravan el riesgo de anemia, especialmente en la infancia.

Por otro lado, el sistema de salud desempeña un rol fundamental en la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la anemia. Sin embargo, en diversas regiones del país, particularmente en zonas rurales y de la selva, persisten limitaciones estructurales que obstaculizan una respuesta eficaz. Estas incluyen la escasa disponibilidad de personal capacitado, la falta de insumos para tamizajes, la baja cobertura de suplementación preventiva, y una limitada capacidad para brindar consejería nutricional y asegurar el seguimiento continuo de los casos. Todo ello reduce la efectividad de las intervenciones de salud pública e impide una disminución sostenida de la anemia en la población más vulnerable.



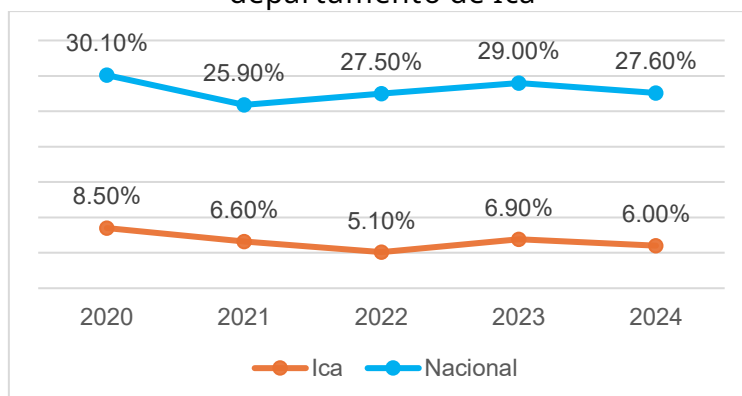
## Factores socioeconómicos

Tal como se plantea en el modelo conceptual de la anemia, los factores socioeconómicos constituyen determinantes estructurales que influyen en la exposición y vulnerabilidad frente a esta condición. Sin embargo, en el caso del departamento de Ica, los indicadores disponibles para el año 2024 muestran un contexto relativamente favorable en comparación con otras regiones del país, lo que podría explicar, en parte, por qué la prevalencia de anemia en la región se mantiene por debajo del promedio nacional.

Ica presenta niveles más altos de ingreso promedio, menor incidencia de pobreza y mejores indicadores educativos, lo que se traduce en un entorno más propicio para el acceso a alimentos nutritivos, servicios de salud y condiciones de vida adecuadas. Esta situación evidencia cómo un contexto socioeconómico más estable puede contribuir positivamente al estado nutricional de la población, reduciendo el riesgo de anemia, especialmente en los grupos más vulnerables como niñas, niños y gestantes.

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)<sup>12</sup>, la incidencia de pobreza monetaria en el departamento de Ica en 2024 se estima en 6.0%, significativamente por debajo del promedio nacional de 27.6%. No obstante, este dato debe interpretarse con cautela debido al reducido tamaño de la muestra en la región, que limita su precisión estadística.

Gráfico N° 04: Incidencia de la pobreza monetaria departamento de Ica



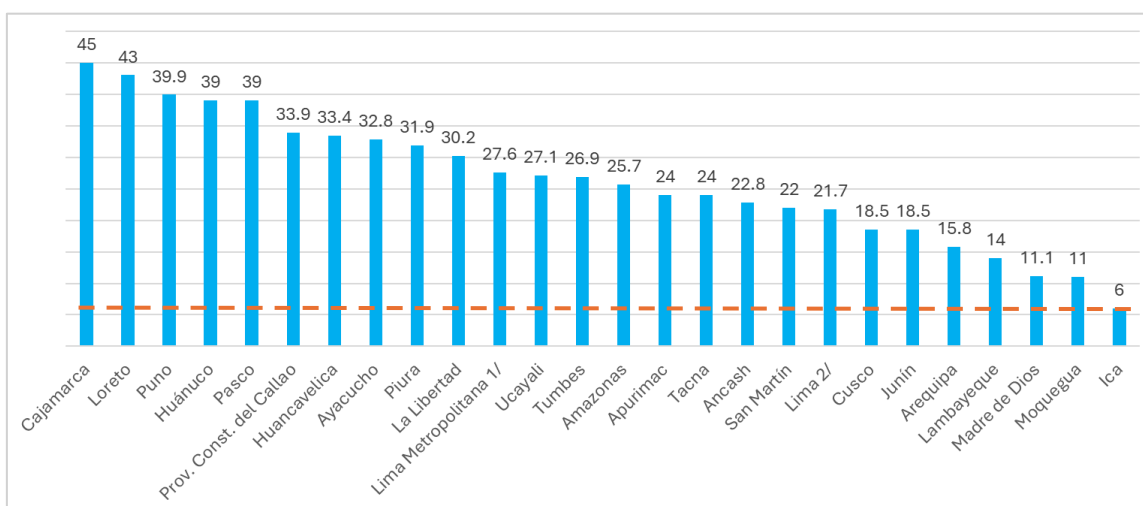
Fuente: INEI ENAHO 2020-2024

En el análisis comparativo de la incidencia de la pobreza por departamento, Ica presenta una situación notablemente más favorable en relación con el resto del país. Posicionándose como el departamento con el menor nivel de pobreza, muy

<sup>12</sup> INEI (2025). Evolución de la Pobreza Monetaria 2015-2024. Disponible en: (<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/6763186-peru-evolucion-de-la-pobreza-monetaria-2015-2024>) Consultado: 13 de mayo 2025.

por debajo del promedio nacional y marcando una diferencia significativa frente a departamentos como Cajamarca (45%) y Loreto (43%), que registran los niveles más altos. Esta situación coloca a Ica en una posición de ventaja relativa en términos de bienestar económico, lo que podría representar una oportunidad estratégica para consolidar y ampliar intervenciones de desarrollo con un enfoque preventivo, sostenido en mejores condiciones estructurales.

Gráfico N° 05: Pobreza monetaria según departamentos 2024  
(Porcentaje)



Fuente: INEI ENAHO 2024

Según el reporte de comercio regional de 2024, se considera a Ica como una de las regiones más prósperas, diversificadas y abiertas del Perú, con una economía basada en la minería, el agro y la industria textil. Ica es la 1° región exportadora del interior del país (9,1% del total). La exportación de Ica ya es similar a la de varios países de la región latinoamericana.<sup>13</sup> Este dinamismo económico ha impulsado un proceso de migración interna, particularmente de población con menor nivel educativo y escasa calificación laboral, lo que ha dado lugar a un crecimiento urbano desordenado. En consecuencia, se han desarrollado asentamientos humanos en zonas periféricas que carecen de infraestructura básica y servicios públicos esenciales, condiciones que incrementan los riesgos para la salud, especialmente en niñas, niños y otros grupos vulnerables.

En el ámbito educativo, el promedio de años de estudio de la población de 25 años a más en Ica fue de 11.1 años en 2023, superior al promedio nacional de 10.3 años. Asimismo, la tasa de analfabetismo fue de 2.9%, también inferior al promedio nacional (4.8%), lo que refleja mejores condiciones para la adquisición de conocimientos, incluidas prácticas de cuidado y nutrición.

<sup>13</sup> Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, 2024. Reporte de Comercio Regional, Anual 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7854979/6621293-rcr-ica-anual-2024.pdf?v=1743460419>

En general, las mujeres con mayor nivel educativo suelen tener un mejor acceso a la información sobre salud, nutrición y cuidados prenatales, lo que les permite tomar decisiones más informadas para prevenir enfermedades en sus hijos. Además, suelen tener una mayor capacidad económica y acceso a servicios de salud de calidad, lo que reduce el riesgo de anemia en sus futuros hijos. Según la ENDES, la mediana de años de estudio de las mujeres en edad fértil fue 10,6 años tanto para el 2024 como para el 2023. Mientras que, en Ica la mediana de años para mujeres de 15-49 años es de 10,9 años para el 2024. El nivel de educación alcanzado en Ica para el mismo grupo de mujeres es el siguiente: a) Superior, 47.0%; b) Secundaria completa 29.2%; c) Secundaria incompleta, 17.9%; d) Primaria completa, 2.6%; e) Primaria incompleta, 2.9%; y f) Sin educación, 0.3%<sup>14</sup>.

#### Servicios de agua y saneamiento:

El acceso adecuado a servicios de agua potable y saneamiento constituye un componente esencial en la prevención de enfermedades infecciosas, especialmente aquellas que afectan el sistema gastrointestinal como las diarreas y las infecciones parasitarias intestinales, reconocidas entre los factores subyacentes que contribuyen al desarrollo de anemia, particularmente en la infancia.

La ausencia de agua segura y de sistemas apropiados para la eliminación de excretas incrementa significativamente el riesgo de contaminación fecal del agua y los alimentos, facilitando la transmisión de patógenos. Las infecciones recurrentes por diarrea comprometen la absorción de nutrientes y debilitan el sistema inmunológico, mientras que los parásitos intestinales compiten por micronutrientes esenciales, como el hierro, ocasionando pérdidas crónicas que pueden derivar en cuadros de anemia. Además, estas condiciones patológicas disminuyen la biodisponibilidad del hierro y otros nutrientes, interfiriendo en su absorción y metabolismo, lo que agrava el estado nutricional general, especialmente en niñas y niños pequeños.

En el caso del departamento de Ica, los datos disponibles muestran una situación relativamente favorable en términos de acceso a servicios básicos. Según la ENAHO 2023, el 89.3% de los hogares accede a agua proveniente de red pública o pilón, porcentaje ligeramente superior al promedio nacional (88.6%).<sup>15</sup> No obstante, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Programas Presupuestales (ENAPRES) 2023, el 66.2% de los hogares no dispone de cloro residual libre en el agua destinada al consumo humano,<sup>16</sup> lo que representa un riesgo sanitario significativo. En

---

<sup>14</sup> INEI (2024). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2024. Nacional y Departamental. [https://proyectos.inei.gov.pe/files/WEB\\_ENDES/INFORME\\_PRINCIPAL/2024/INFORMES\\_PRINCIPALES\\_2024.pdf](https://proyectos.inei.gov.pe/files/WEB_ENDES/INFORME_PRINCIPAL/2024/INFORMES_PRINCIPALES_2024.pdf)

<sup>15</sup> Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (s.f.). REDInforma: Reportes Interactivos: Indicadores de Desarrollo e Inclusión Social de Ica. Disponible en: <https://app.midis.gob.pe/RedInforma/Reporte/Reporte/13>. Consultado el 13 de mayo de 2025.

<sup>16</sup> INE (2024). Ica - Compendio estadístico 2024. Disponible en [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/CompDptal2024/Ica2024.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/CompDptal2024/Ica2024.pdf) Consultado 29 mayo 2025.

contraste, la ENDES 2024 reporta que el 99.4% de los hogares en la región consume agua tratada,<sup>17</sup> superando el promedio nacional de 97.7%, lo que evidencia prácticas positivas en el manejo del agua para consumo.

Respecto al acceso a servicios higiénicos mejorados, como el alcantarillado o los pozos sépticos, la ENAHO 2023 indica que el 85.4% de los hogares en Ica cuenta con estas instalaciones, en comparación con el 79.3% a nivel nacional.<sup>18</sup> Asimismo, la ENDES 2024 señala que el 96.1% de los hogares dispone de saneamiento básico, cifra ligeramente superior al promedio nacional de 95.7%.<sup>19</sup>

Sin embargo, a pesar de estos indicadores positivos, persisten desafíos. Según la ENDES 2024, el 10.4% de las niñas y niños menores de 36 meses presentó episodios de diarrea en las dos semanas previas a la encuesta. Este dato evidencia la necesidad de profundizar en el análisis de los factores asociados a enfermedades diarreicas en el departamento, a fin de orientar acciones correctivas desde los sectores responsables.

Complementando la información previamente descrita sobre el acceso a servicios básicos, es necesario considerar también la situación en el ámbito rural, donde se evidencian mayores brechas. De acuerdo con el Diagnóstico sobre Abastecimiento de Agua y Saneamiento en el Ámbito Rural (DATASS), se cuenta con registros actualizados de 1,383 centros poblados rurales en el departamento de Ica, lo que representa el 94.5% del total. De estos, solo el 48.4% acceden al servicio de agua potable, siendo atendidos principalmente a través de 192 sistemas de agua administrados por organizaciones comunales y 62 gestionados por Empresas Prestadoras de Servicios de Saneamiento (EPS).

Por otro lado, el 26% de los centros poblados no cuenta con acceso al servicio formal de agua, por lo que sus habitantes se abastecen mediante cisternas, pozos u otras fuentes no reguladas, lo que incrementa el riesgo de exposición a enfermedades de origen hídrico. Esta situación evidencia una importante desigualdad territorial en el acceso al agua segura, que limita el cumplimiento de condiciones sanitarias básicas y refuerza la vulnerabilidad frente a enfermedades infecciosas asociadas a la anemia, como las parasitosis intestinales y las diarreas agudas.

---

<sup>17</sup> Según la ENDES se operativiza como agua tratada a Hervida, con cloro, con desinfección solar o agua embotellada.

<sup>18</sup> Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (s.f.). REDInforma: Reportes Interactivos: Indicadores de Desarrollo e Inclusión Social de Ica. Disponible en: <https://app.midis.gob.pe/RedInforma/Reporte/Reporte/13>. Consultado el 13 de mayo de 2025.

<sup>19</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024). Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2024. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/ppr2/Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales ENDES 2024.pdf>. Consultado el 13 de mayo de 2025.

Cuadro N°04: Caracterización del acceso a servicio de agua potable en el ámbito rural del departamento de Ica – Abril 2025

Categoría de Centros Poblados	Cantidad	Porcentaje
Centros Poblados Registrados en el DATASS	1464	100
Centros Poblados sin Registro de Información	81	5.5
Centros Poblados con Acceso a Información	1383	94.5
<b>Detalle de Centros con Acceso a Información (suma a 1383)</b>		
Centros Poblados Administrados por EPS	62	4.2
Centros Poblados No Ubicados Geográficamente o sin Vivienda/Población	332	22.7
Centros Poblados con Acceso a Agua Potable (a través de 192 sistemas)	608	41.6
Centros Poblados sin Acceso a Servicios de Agua (se abastecen por cisterna, pozo, etc.)	381	26

Fuentes: DRVCS ICA DATASS Fecha de corte abril 2025

Respecto al estado de los sistemas de agua potable (SAP), se identificó que 114 se encuentran en buen estado, 44 en estado regular, 12 en condición incompleta y 20 colapsados. La provincia de Chincha, que concentra el mayor número de SAP registrados, también presenta el mayor número de sistemas con infraestructura deficiente: 22 SAP están en condición incompleta o colapsada. Esta situación representa un riesgo crítico para la continuidad y calidad del servicio, especialmente en los sectores rurales más alejados.

Cuadro N°05: Estado de la infraestructura de los SAP en el ámbito rural del departamento de Ica – Abril 2025

Estado infraestructura	Ica	Chincha	Pisco	Palpa	Nazca	Subtotal
Bueno	26	54	14	9	11	114
Regular	7	22	1	8	6	44
Incompleto	2	9	0	1	0	12
Colapsado	5	13	1	1	0	20
Información incompleta	0	1	0	0	1	2
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>99</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>192</b>

Fuentes: DRVCS ICA DATASS Fecha de corte abril 2025

En cuanto al tratamiento del agua, de los SAP registrados, 141 cuentan con sistemas de cloración, mientras que 51 no disponen de este mecanismo, dentro de los cuales probablemente se incluyen aquellos sistemas colapsados, incompletos o sin información completa. Del total, 134 SAP presentan niveles de cloro residual dentro de los parámetros establecidos, lo que permite asegurar, al menos de manera parcial, la calidad microbiológica del agua distribuida. Nuevamente,

Chincha destaca por concentrar el mayor número de sistemas sin cloración, lo que acentúa su nivel de vulnerabilidad sanitaria.

Cuadro N°06: Cloración de los SAP en el ámbito rural del departamento de Ica  
- Abril 2025

Provincia	Total de SAP	Sistema de Cloración		Cuentan con Cloro Residual	
		Si	No	Si	No
Chincha	99	69	30	62	37
Ica	40	30	10	27	13
Nazca	18	13	5	15	3
Palpa	19	13	6	15	4
Pisco	16	16	0	15	1
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>141</b>	<b>51</b>	<b>134</b>	<b>58</b>

Fuentes: DRVCS ICA DATASS Fecha de corte abril 2025

La mayoría de estos sistemas se encuentran bajo la gestión de organizaciones comunales (147 SAP), seguidas por 32 SAP administrados por municipalidades. Este modelo de gestión refleja el predominio de formas comunitarias de provisión del servicio en el ámbito rural, lo cual demanda acciones específicas de fortalecimiento técnico y sostenibilidad, especialmente en aspectos de operación, mantenimiento y vigilancia de la calidad del agua.

Asimismo, en relación con el acceso a servicios de disposición de excretas en el ámbito rural, los datos del DATASS señalan que, de un total de 925 centros poblados con información disponible, solo el 54.4% cuenta con algún tipo de servicio de saneamiento. Esto implica que una proporción significativa de la población rural aún carece de soluciones adecuadas para la eliminación segura de excretas, lo que contribuye a la contaminación del entorno y aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

Estas cifras refuerzan la necesidad de focalizar las inversiones y esfuerzos multisectoriales en los territorios rurales con mayores brechas, a fin de garantizar condiciones mínimas de salubridad que permitan prevenir enfermedades relacionadas con la anemia. La limitada cobertura de agua potable y saneamiento básico en estos espacios representa un desafío persistente para la equidad en salud y para la eficacia de las intervenciones orientadas a reducir la prevalencia de anemia infantil en la región.

## Acceso y utilización de los servicios de salud:

Los servicios de salud desempeñan un rol fundamental en la prevención, detección y tratamiento de la anemia, particularmente durante etapas críticas como el embarazo, el parto y los primeros meses de vida. En este sentido, la atención institucional del parto es una estrategia clave, ya que permite un mejor control del estado nutricional de la gestante, incluyendo la administración de suplementos de hierro y ácido fólico, y posibilita la identificación oportuna de complicaciones como la hemorragia postparto, una causa frecuente de anemia aguda en mujeres.

En el caso de los recién nacidos, los partos institucionales garantizan la aplicación de prácticas clínicas esenciales para la prevención de la anemia infantil. Entre ellas destaca el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, que favorece una mayor transferencia de hierro desde la placenta al bebé, contribuyendo a sus reservas de hierro en los primeros meses de vida. Además, se promueve el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora y su mantenimiento exclusivo hasta los seis meses, práctica crucial para asegurar una nutrición adecuada durante la etapa neonatal.

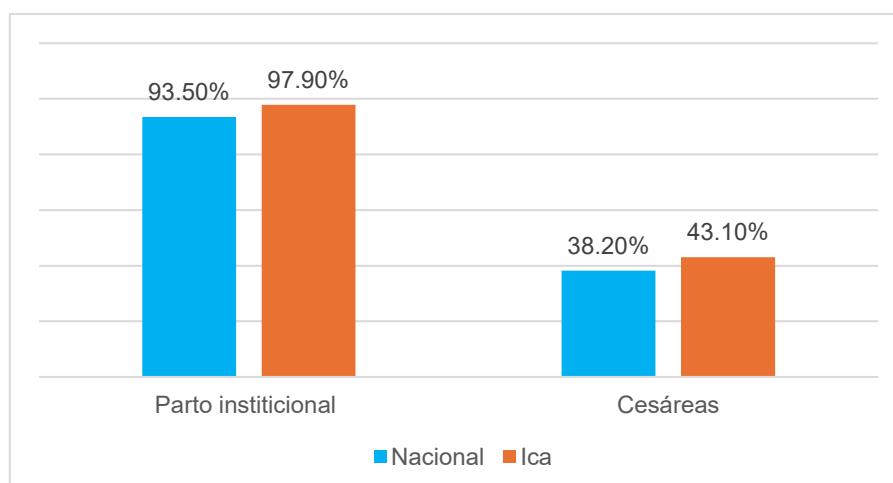
Según los datos más recientes de la ENDES 2024, el 97.9% de los partos en la región Ica en los últimos cinco años fueron institucionales, una cobertura superior al promedio nacional de 93.5%. No obstante, se observa que el 43.1% de estos partos fueron por cesárea, valor también por encima del promedio nacional de 38.2%<sup>20</sup>. Es importante señalar que, según Ma et al, los recién nacidos por cesárea podrían ser más propensos a tener anemia por deficiencia de hierro en la infancia, en comparación con los nacidos por parto vaginal, debido a una transfusión placentaria reducida y a índices hematológicos pobres relacionados con el hierro en el cordón y en la sangre periférica, como la concentración de la hemoglobina (-0.51 g/dL vs. partos vaginales)<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024). Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2024. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/ppr2/Indicadores\\_de\\_Resultados\\_de\\_los\\_Programas\\_Presupuestales\\_ENDE\\_S\\_2024.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/ppr2/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDE_S_2024.pdf). Consultado el 13 de mayo de 2025.

<sup>21</sup> Ma, X., Lu, G., Li, L., & Hu, R. (2013). Impact of cesarean section on placental transfusion and iron-related hematological indices in term neonates: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Perinatal Medicine*, 41(6), 727-733. [DOI: 10.1515/jpm-2012-0268]

Gráfico N° 06: Cobertura de parto institucional y cesáreas – Ica 2024



Fuente: INEI ENDES 2024

Respecto a los nacimientos prematuros, la ENDES 2024 reporta que el 29.6% de los nacimientos en Ica ocurrieron antes de las 37 semanas de gestación, porcentaje notablemente mayor al promedio nacional de 21.1%. Esta condición representa un factor de riesgo adicional para la anemia, al estar asociada a menores reservas de hierro al nacer.<sup>22</sup>

Por otro lado, según el Tablero de Control de Certificados de Nacido Vivo (CNV) del MINSA, de los 13,318 nacimientos registrados en Ica en 2024, el 4.4% correspondió a recién nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2,500 gramos), cifra inferior al promedio nacional de 6.9%. Asimismo, el 68.5% de estos nacimientos se realizó con pinzamiento oportuno del cordón umbilical (entre 2 y 3 minutos después del parto), una proporción ligeramente superior al 66.7% registrado a nivel nacional.<sup>23</sup>

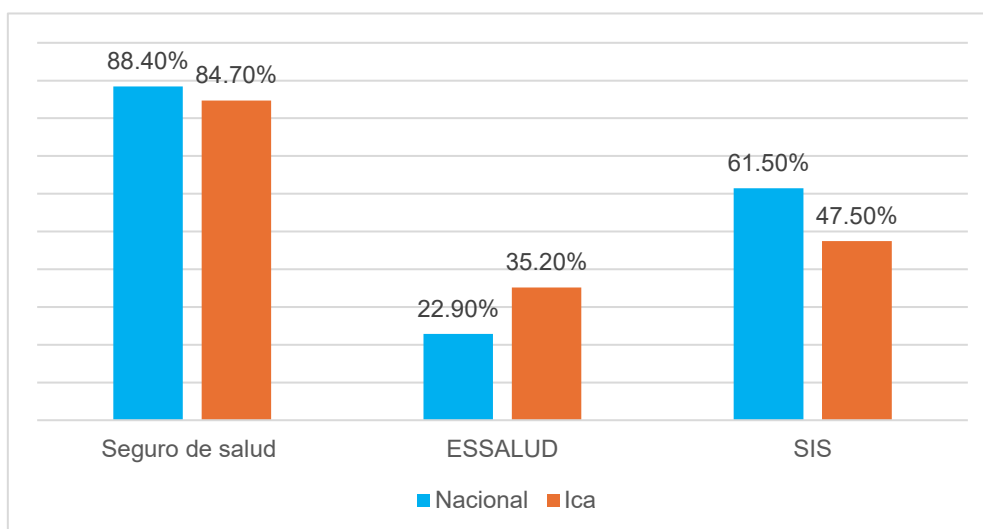
Finalmente, el acceso a seguros de salud es un determinante facilitador para la prevención y manejo oportuno de la anemia, al permitir el acceso regular a controles médicos, tamizajes, suplementación con hierro y atención nutricional. Según la ENAHO 2023, el 84.7% de la población de Ica cuenta con algún tipo de seguro de salud, con un 47.5% afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) y un 35.2% a EsSalud. A nivel nacional, estas cifras alcanzan el 88.4%, con 61.5% afiliado al SIS y 22.9% a EsSalud.<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Ídem.

<sup>23</sup> Ministerio de Salud (s.f). Tablero de Certificado Nacido Vivo (CNV) en línea. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=1&niv=3&tbl=1>. Consultado el 13 de mayo de 2025.

<sup>24</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (s.f.). Estadísticas Sociales. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/>. Consultado el 13 de mayo de 2025.

Gráfico N° 07: Población con acceso a seguro de salud – Ica 2023



Fuente: INEI ENAHO 2023

### Lactancia materna en los primeros 6 meses de vida

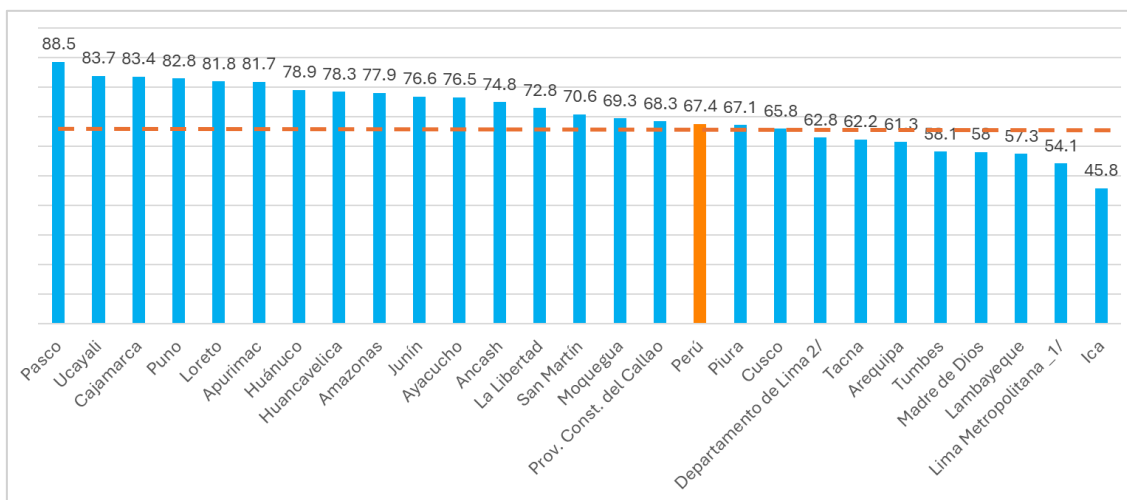
La práctica de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses aún presenta desafíos importantes en la región. De acuerdo con la ENDES 2024, solo el 45.8% de los lactantes menores de 6 meses en Ica fueron alimentados con leche materna, frente al promedio nacional de 67.4%,<sup>25</sup> encontrándose entre las tres regiones con menor porcentaje de lactancia materna en los primeros 6 meses.

Esta situación resulta preocupante, considerando que la leche materna constituye el alimento óptimo durante los primeros seis meses de vida, al proporcionar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del lactante, además de favorecer la protección frente a infecciones y el fortalecimiento del vínculo afectivo con la madre.

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche materna (aproximadamente 50%) contribuye a cubrir adecuadamente las necesidades del lactante. Un recién nacido a término, alimentado exclusivamente con leche materna, presenta menor riesgo de desarrollar anemia durante los primeros seis meses de vida, incluso considerando el descenso fisiológico de hemoglobina que se produce en los primeros dos meses.

<sup>25</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática (2024). Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2024. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/ppr2/Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales ENDES 2024.pdf>. Consultado el 13 de mayo de 2025.

Gráfico N° 08: Lactancia materna en niñas y niños menores de 6 meses - Ica 2024 (Porcentaje)



Fuente: INEI ENDES 2024

Es importante señalar que, para lograr una LME, el contacto piel con piel resulta crucial para el inicio temprano de la lactancia materna y desempeña un papel vital en el fomento del apego.<sup>26</sup> La oxitocina, una hormona liberada durante la lactancia materna y el contacto piel con piel, es clave tanto para la eyección de la leche como para el desarrollo de sentimientos de apego y vínculo.<sup>27</sup>

La relación consistente entre una mayor duración de la lactancia materna y un apego más seguro refuerza la importancia de promover prácticas de lactancia materna sostenidas más allá de los seis meses iniciales, destacando un beneficio a largo plazo de los esfuerzos de promoción de la LME que se extiende al bienestar emocional y social de la niña y el niño.<sup>28</sup>

Inseguridad alimentaria:

La seguridad alimentaria y nutricional implica que todas las personas tengan acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos nutricionales y preferencias alimentarias, y así poder llevar una vida activa y saludable,<sup>29</sup> juega un rol

<sup>26</sup> Skin-to-skin contact helps newborns breastfeed. Consultado: Abril 25, 2025, <https://www.who.int/westernpacific/newsroom/feature-stories/item/skin-to-skin-contact-helps-newborns-breastfeed>

<sup>27</sup> Oxytocin system of breastfeeding affected in mothers with postnatal depression. Consultado: Abril 25, 2025, <https://www.ucl.ac.uk/news/2025/mar/oxytocin-system-breastfeeding-affected-mothers-postnatal-depression>

<sup>28</sup> The association between breastfeeding and attachment: A ... - PubMed. Consultado: Abril 25, 2025, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31830673/>

<sup>29</sup> Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego (2024). Seguridad Alimentaria y Nutricional. Disponible en (<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5689382/3122595-folleto-seguridad-alimentaria-y-nutricional.pdf?v=1705421836>) Consultado 27 mayo 2025.

fundamental en la prevención de la anemia. La anemia, especialmente la ferropénica, está estrechamente ligada a la calidad de la dieta, donde la insuficiencia en la ingesta de alimentos ricos en hierro, así como la baja biodisponibilidad de este mineral, son factores de riesgo significativos. En este sentido, hogares que enfrentan inseguridad alimentaria a menudo priorizan el consumo de alimentos básicos y económicos, que suelen ser bajos en micronutrientes esenciales como el hierro, la vitamina B12 y el folato, incrementando la vulnerabilidad a la anemia, especialmente en grupos de riesgo como niñas, niños, mujeres en edad fértil y gestantes. Por lo tanto, garantizar la seguridad alimentaria a través de la promoción de dietas diversificadas y el acceso equitativo a alimentos nutritivos es una estrategia clave en la lucha contra la anemia.

En el contexto peruano, la seguridad alimentaria presenta variaciones regionales marcadas. A nivel nacional, persisten desafíos importantes relacionados con el acceso a una alimentación adecuada y nutritiva para todos los ciudadanos. Según el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) 2024, el 51.7% de la población peruana se encuentra en situación de inseguridad alimentaria moderada o severa<sup>30</sup>. En el caso del departamento de Ica, si bien la agroexportación ha impulsado el desarrollo económico, generando empleo y divisas, esto no se ha traducido necesariamente en una mejora equitativa de la seguridad alimentaria para toda la población.

En el 2018, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social junto con el Programa Mundial de Alimentos desarrollaron el informe “Vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria por departamento, provincia y distrito”<sup>31</sup> que se centra en desarrollar un índice que permita determinar la probabilidad de que se produzca una disminución aguda del acceso a alimentos, o a su consumo, con relación a un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano por departamento, provincia y distrito. Para estimar el índice y el cálculo del Índice de Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria (IVIA) se tomaron de referencia los Censos Nacionales (XII de población y VII de Vivienda 2017), el IV Censo Nacional Agropecuario 2012, el Censo Nacional de Mercados de Abastos 2016, el Registro Nacional de Municipalidades 2018, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Mapa de Pobreza Monetaria 2018, esto con la finalidad de determinar los indicadores involucrados dentro de la disponibilidad, acceso y utilización de los alimentos. La determinación del IVIA se desarrolló mediante el análisis factorial

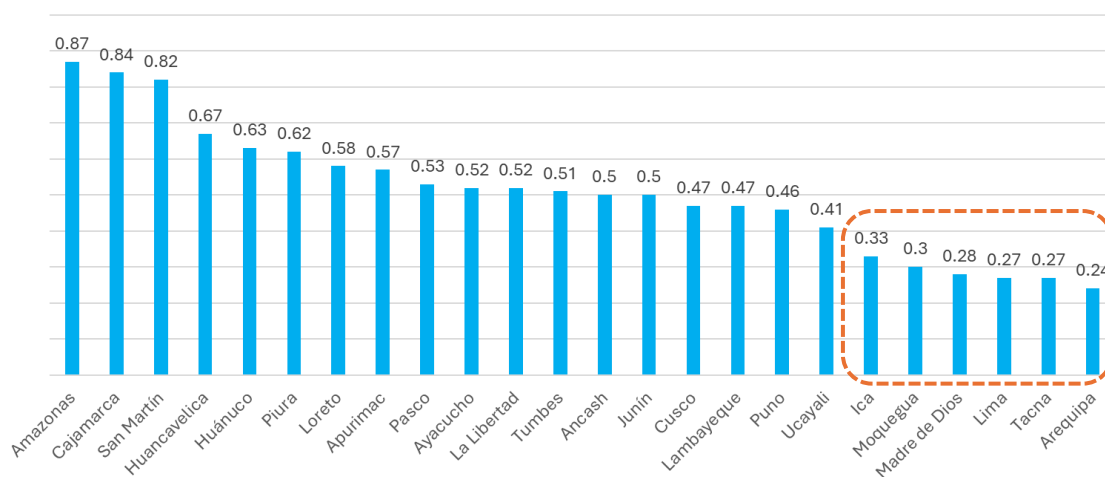
---

<sup>30</sup> FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. (2024). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2024: Financiación para acabar con el hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición en todas sus formas*. Roma, FAO. Disponible en <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/d226ffb1-3e74-43be-aa8b-1d6e5c010c88/content>) Consultado 27 de mayo 2025.

<sup>31</sup> Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y Programa Mundial de Alimentos (WFP) de las Naciones Unidas en el Perú (2022). *Vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria por departamento, provincia y distrito 2018*. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Disponible en (<http://evidencia.midis.gob.pe/infor-final-ivia-2018-vf/>) Consultado 27 de mayo 2025.

exploratorio de los indicadores involucrados, considerando un índice de 0 como “Sin inseguridad alimentaria” y 1 como “Máximo nivel de inseguridad alimentaria”, según esta descripción, el departamento de Ica presenta 0.33, ubicándolo entre los 06 departamentos con menor IVIA. En cuanto a sus provincias, 4 de las 5 provincias de Ica (Ica, Chincha, Nazca y Pisco), se encuentran entre las 20 provincias con menor IVIA a nivel nacional con valores entre 0.20 y 0.21.<sup>32</sup>

Gráfico N° 09: Departamentos según índice de vulnerabilidad de inseguridad alimentaria (IVIA) 2018



Fuente: MIDIS-WFP 2018

Por otro lado, si bien no se dispone de información actualizada sobre la ingesta de hierro a través de la dieta diaria, la Encuesta de Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de Vida (VIANEV) 2019 estimó que a nivel nacional la mediana del consumo usual de hierro proveniente de alimentos de origen animal fue de 3,1 mg/día en niñas y niños de 6 a 35 meses, por debajo del requerimiento diario recomendado por la FAO/WHO de 7.7 mg/día. Si analizamos estos datos por rango etario, se observa que, de 6 a 11 meses, las niñas y niños tienen una mediana del consumo de hierro proveniente de alimentos de origen animal de 2.7mg/día, subiendo a 3.1mg/día en 12 a 23 meses y llegando a 3.51mg/día de 24 a 35 meses. Esta mediana se reduce a 2,8 mg/día en aquellos con diagnóstico de anemia<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y Programa Mundial de Alimentos (WFP) de las Naciones Unidas en el Perú (2021). Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria por departamento, provincia y distrito, 2018. Lima-Perú. Disponible en (<https://evidencia.midis.gob.pe/infor-final-ivía-2018-vf/?id=pre>) Consultado 27 de mayo 2025.

<sup>33</sup> INS/CENAN (2019). Informe técnico: Estado Nutricional y consumo de alimentos del niño menor de 3 años de la Encuesta de Vigilancia Alimentaria y Nutricional por Etapas de vida- VIANEV 2019. Disponible en (<https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/4202369-informe-tecnico-estado-nutricional-y-consumo-de-alimentos-del-nino-menor-de-3-anos-de-la-encuesta-vigilancia-alimentaria-y-nutricional-por-etapas-de-vida-vianev-2019>) Consultado 29 mayo 2025.

## IV. Situación de las acciones para la prevención y reducción de la anemia

### 4.1 Situación de las intervenciones de salud

Las intervenciones impulsadas por el Ministerio de Salud a nivel nacional están orientadas a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas, en el marco de la atención integral en salud. Estas intervenciones comprenden acciones de prevención, recuperación y promoción de la salud.<sup>34</sup>

En el componente preventivo se incluyen la medición sistemática de hemoglobina, la suplementación preventiva con hierro y ácido fólico, y el seguimiento periódico del estado nutricional. Las acciones recuperativas, por su parte, abarcan el diagnóstico oportuno y el tratamiento específico de la anemia por deficiencia de hierro.

Respecto a la promoción de la salud, se promueve la implementación de prácticas institucionales clave durante la atención del parto y del recién nacido, tales como el pinzamiento oportuno del cordón umbilical y el inicio inmediato de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida. Asimismo, se desarrollan acciones de fomento y protección de la LME hasta los seis meses y prolongada hasta los 24 meses, la introducción oportuna y adecuada de la alimentación complementaria, la promoción de prácticas de alimentación saludable durante el embarazo, el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, la realización de sesiones demostrativas de preparación de alimentos y la consejería nutricional personalizada, entre otras.

Las intervenciones sanitarias para la prevención de la anemia infantil en la región de Ica presentan una cobertura promedio relativamente favorable en el contexto nacional. No obstante, el análisis provincial revela importantes brechas en la implementación de algunas actividades clave, así como diferencias significativas en el rendimiento de las provincias, incluso entre aquellas con mayor concentración poblacional como Ica y Chincha donde viven el 72.7% de la población del departamento.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Norma Técnica de Salud N° 213-MINSA/DGIESP-2024, Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas, aprobada por Resolución Ministerial N° 251-2024/MINSA y modificada por Resolución Ministerial N° 429-2024/MINSA. Disponible en (<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7665.pdf>) Consultado 13 de mayo 2025.

<sup>35</sup> INE (2024). Ica - Compendio estadístico 2024. Disponible en ([https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/CompDptal2024/Ica2024.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/CompDptal2024/Ica2024.pdf)) Consultado 29 mayo 2025.

### 4.1.1. Suplementación con hierro

Según el REUNIS, el 69.4% de los niñas y niños de 4 meses de edad en el departamento de Ica recibió suplementación preventiva con hierro en 2024. La provincia de Palpa presenta la mayor cobertura (88.5%), lo que podría explicarse por su menor tamaño poblacional. En contraste, Chincha, segunda provincia con mayor población, muestra una cobertura inferior al promedio regional (64.5%). Esta intervención resulta crítica, considerando que en Perú la prevalencia de anemia alcanza su punto más alto a los seis meses de edad (60%). Por ello, la suplementación preventiva se inicia a los 4 meses con el objetivo de incrementar las concentraciones de hemoglobina, reforzar las reservas de hierro y reducir el riesgo de anemia.

Cuadro N°07: Suplementación preventiva en niñas y niños de 4 meses, 2024

Provincias	Porcentaje
Chincha	64.5
Ica	70.6
Nazca	75.7
Palpa	88.5
Pisco	70.3
Total	69.4

Fuente: HIS MINSA disponible en REUNIS



La suplementación continua con hierro en niñas y niños de 6 a 11 meses se administra diariamente durante seis meses, siempre que el valor de hemoglobina sea igual o mayor a 10.5 g/dL. Esta intervención tiene como objetivo fortalecer las reservas de hierro y reducir el riesgo de desarrollar anemia en esta etapa crítica del desarrollo. En el año 2024, la cobertura de entrega de la suplementación con hierro en niñas y niños sin anemia de este grupo etario en el departamento fue de 76.6%, según la información reportada. No obstante, persisten limitaciones importantes en relación con la adherencia al tratamiento. Aunque no se dispone de datos administrativos precisos sobre este indicador, la ENDES 2024 reporta que solo el 21.9% de niñas y niños de 6 a 36 meses recibieron suplemento de hierro en los siete días previos a la encuesta, un porcentaje considerablemente bajo respecto a lo esperado para garantizar el impacto preventivo y terapéutico de esta intervención.

Cuadro N°08: Suplementación preventiva a niñas y niños de 6 a 11 meses, 2024

Provincias	Porcentaje
Chincha	71.4
Ica	78.7
Nazca	78.3
Palpa	94.7
Pisco	77.3
<b>Total</b>	<b>76.6</b>

Fuente: HIS MINSA disponible en REUNIS

Por otro lado, según la ENDES 2024, el 97.2% de las mujeres entrevistadas manifestó haber consumido suplementos de hierro durante el periodo de embarazo del último nacimiento previo a la encuesta, porcentaje que se encuentra por encima del promedio nacional (96.3%). Este dato sugiere una alta provisión de la suplementación en gestantes en el departamento de Ica; sin embargo, no se dispone de información complementaria que permita evaluar la adherencia efectiva al tratamiento y la continuidad del acceso al suplemento durante todo el embarazo, factores clave para reducir el riesgo de anemia materna y sus consecuencias sobre la salud de las niñas y los niños.

#### 4.1.2. Tamizaje y tratamiento de anemia

El tamizaje para detectar anemia en niñas y niños de 6 a 8 meses constituye una acción esencial para el diagnóstico y tratamiento oportuno. En 2024, el 70.5% de los menores de este grupo etario fue tamizado, observándose brechas significativas en las provincias de mayor población (Ica y Chincha).

Cuadro N°09: Tamizaje de anemia entre los 6 y 8 meses, 2024

Provincias	Porcentaje
Chincha	65.4
Ica	72.0
Nazca	74.5
Palpa	91.1
Pisco	71.3
<b>Total</b>	<b>70.5</b>

Fuente: HIS MINSA disponible en REUNIS

Cuando el tamizaje confirma anemia, se debe iniciar tratamiento inmediato y realizar exámenes complementarios.<sup>36</sup> En 2024, el 94.4% de niñas y niños de 6 a 11 meses con anemia accedió a tratamiento oportuno. Este dato refleja un nivel adecuado de respuesta dentro de las IPRESS, aunque Palpa presenta una cobertura inferior al promedio (85.2%).

Cuadro N°10: Tratamiento oportuno a niñas y niños de 6 a 11 meses con anemia, 2024

Provincias	Porcentaje
Chincha	94.0
Ica	95.0
Nazca	96.8
Palpa	85.2
Pisco	91.7
<b>Total</b>	<b>94.4</b>

Fuente: HIS MINSA disponible en REUNIS

#### 4.1.3. Visitas domiciliarias y sesiones demostrativas

El seguimiento es un componente crítico para asegurar la adherencia al tratamiento y la suplementación. Sin embargo, los indicadores reflejan debilidades importantes en su implementación:

- Solo el 39.4% de niñas y niños de 4 a 5 meses recibió al menos una visita domiciliaria por parte de personal de salud. Excepto Palpa, todas las provincias presentan coberturas insatisfactorias.
- La situación es más crítica entre las niñas y niños de 6 a 11 meses con anemia, ya que solo el 15.3% recibió una visita domiciliaria, lo que compromete la adherencia al tratamiento y la recuperación efectiva.

<sup>36</sup> Norma Técnica de Salud N° 213-MINSA/DGIESP-2024, Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y púerperas, aprobada por Resolución Ministerial N° 251-2024/MINSA y modificada por Resolución Ministerial N° 429-2024/MINSA. Disponible en (<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7665.pdf>) Consultado 13 de mayo 2025.

Cuadro N°11: Niñas y niños con visita domiciliaria, 2024

Provincias	Porcentaje de niñas y niños de 4 meses	Porcentaje de niñas y niños de 6 a 11 meses con anemia
Chincha	25.5	12.0
Ica	44.7	17.8
Nazca	43.1	14.3
Palpa	60.5	25.0
Pisco	44.7	10.7
<b>Total</b>	<b>39.4</b>	<b>15.3</b>

Fuente: HIS MINSA disponible en REUNIS

Las sesiones demostrativas son intervenciones educativas clave para mejorar prácticas alimentarias y asegurar una adecuada ingesta de hierro de origen animal. No obstante, en 2024, solo el 13% de las madres de niñas y niños de 6 a 8 meses participó en al menos una sesión. Las provincias de Palpa y Nasca muestran las coberturas más bajas.

Cuadro N°12: Madres de niñas y niños de 6 a 8 meses con sesión demostrativa, 2024

Provincias	Porcentaje
Chincha	12.8
Ica	16.6
Nazca	4.3
Palpa	3.3
Pisco	10.2
<b>Total</b>	<b>13.0</b>

Fuente: HIS MINSA disponible en REUNIS

En términos generales, las intervenciones preventivas y recuperativas implementadas en los establecimientos de salud alcanzan coberturas superiores al 70%, lo cual representa un avance importante en el abordaje institucional de la anemia en el departamento de Ica. Sin embargo, se evidencian brechas en las provincias de mayor concentración poblacional (Ica y Chincha), donde se requiere reforzar las acciones para garantizar un acceso equitativo a estas intervenciones.

Por otro lado, las intervenciones desarrolladas en el ámbito comunitario, como las visitas domiciliarias y las sesiones demostrativas, presentan coberturas significativamente bajas, lo que limita su impacto en la adherencia al tratamiento y la modificación de prácticas alimentarias y de cuidado en el hogar. Fortalecer estos componentes resulta fundamental para mejorar los resultados de las estrategias preventivas y terapéuticas, especialmente en niñas y niños de 4 a 36 meses.

#### 4.1.4. Oportunidad de las intervenciones de salud dirigidas a gestantes

A partir del total de 28,838 gestantes con al menos una prestación registrada en el HIS durante los años 2022 y 2023, se identificó el momento de inicio de cuatro intervenciones clave durante la gestación: el primer tamizaje de hemoglobina, el inicio del control prenatal, el inicio de la suplementación con ácido fólico y el inicio de la suplementación combinada de hierro con ácido fólico. Los resultados evidencian brechas significativas en la oportunidad de atención, tanto en términos de cobertura como de desfase en el momento de inicio. En muchos casos, las gestantes accedieron tardíamente a estas intervenciones, incluso en el tercer trimestre, lo que limita el efecto esperado en la salud materna y perinatal.

Antes de analizar la oportunidad en el inicio de las intervenciones prenatales específicas, resulta relevante examinar el momento en que las gestantes tuvieron su primer contacto con las IPRESS, aun cuando este no haya estado necesariamente vinculado a una atención relacionada con su embarazo. En ese sentido, de las 28,838 gestantes analizadas, 18,221 (63.2%) registraron al menos una atención en una IPRESS durante el embarazo. De este grupo, el 51.2% accedió al servicio en el primer trimestre, sin embargo, el análisis del tipo de prestación recibida indica que este primer contacto no necesariamente estuvo asociado a una atención obstétrica o relacionada con la gestación. Esta situación sugiere que muchas mujeres accedieron a los servicios por otros motivos y no fueron identificadas ni captadas oportunamente como gestantes, lo que representa una oportunidad perdida para iniciar la atención prenatal de forma oportuna.

En cuanto al primer tamizaje de hemoglobina se registró en 15,424 gestantes (53.5% de la cohorte). De estas, el 51.9% lo realizó en el primer trimestre, favoreciendo la detección precoz de la anemia gestacional, y por ende la atención inmediata. No obstante, un 13.7% accedió recién en el tercer trimestre, cuando ya se han superado la ventana de oportunidad para el diagnóstico y manejo oportuno de la anemia gestacional.

En relación con el control prenatal, 14,139 gestantes (49.0%) registraron al menos un control durante el embarazo. De este grupo, solo el 39.8% accedió a esta atención en el primer trimestre, mientras que un preocupante 22.2% lo hizo recién en el tercer trimestre. Considerando que el control prenatal incluye un conjunto esencial de evaluaciones clínicas, pruebas de laboratorio y consejería para el adecuado seguimiento del embarazo, su inicio tardío reduce significativamente la posibilidad de detectar y manejar oportunamente factores de riesgo que pueden afectar la salud materna y perinatal.

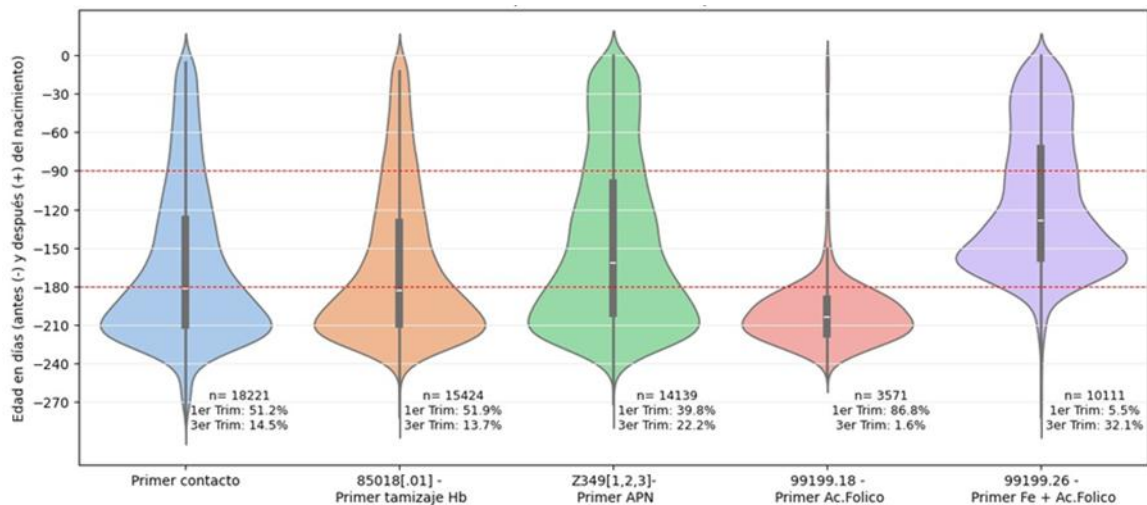
Un aspecto que merece especial atención es la inconsistencia observada entre el momento del primer tamizaje de hemoglobina y el primer control prenatal, considerando que, según la norma técnica de salud, la evaluación de hemoglobina debe realizarse como parte del primer control prenatal. Sin embargo, los datos

analizados muestran que 15,424 gestantes registraron un primer tamizaje de hemoglobina, mientras que solo 14,139 gestantes tuvieron un primer control prenatal registrado, existiendo una diferencia de más de 1,200 casos. Además, mientras que el 51.9% de las gestantes accedió al tamizaje de hemoglobina en el primer trimestre, solo el 39.8% lo hizo para el primer control prenatal.

Por otro lado, la suplementación con ácido fólico fue registrada en apenas 3,571 gestantes (12.4%), lo que evidencia una baja cobertura general respecto al total de gestantes. A pesar de ello, el 86.8% de estas gestantes inició la suplementación en el primer trimestre, lo cual se alinea con la norma técnica.

Finalmente, respecto a la suplementación combinada con hierro y ácido fólico, se encontró que solo 10,111 gestantes (35.1%) contaron con el registro de esta intervención. De ellas, una proporción importante (62.4%) accedió a esta intervención durante el segundo trimestre, pero el 32.1% lo hizo recién en el tercer trimestre. Esta demora reduce considerablemente la capacidad preventiva frente a la anemia gestacional y sus consecuencias, y revela fallas tanto en la captación como en el cumplimiento de los protocolos establecidos.

Gráfico N°10: Oportunidad de las intervenciones durante la gestación



Fuente: DIRESA ICA – HIS 2022-2023. Elaborado para UNICEF por Ana Maria Quijano y Luis Cordero

Un análisis complementario sobre el cumplimiento del esquema de tamizaje de hb durante la gestación y el puerperio establecido en las normas técnicas de salud, podemos observar que solo el 30.3% de las gestantes que registraron al menos un tamizaje de hemoglobina, cumple con el esquema de tamizaje que consiste en uno cada trimestre de gestación, y uno durante el primer mes del puerperio.

Cuadro N°13: Cumplimiento de esquema de tamizaje durante la gestación y puerperio 2022-2023

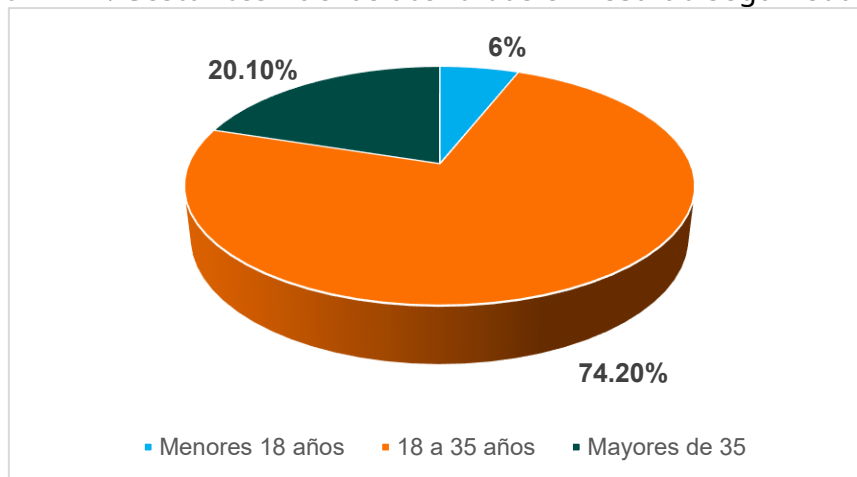
Tamizaje Hb Trimestre 1	Tamizaje Hb Trimestre 2	Tamizaje Hb Trimestre 3	Tamizaje Hb Puerperio	Número	Porcentaje
0	1	1	0	5,493	34.1
1	1	1	0	4,879	30.3
0	0	1	0	3,379	20.9
1	1	1	1	138	0.9
Otras combinaciones				2,238	13.8
Total				16,127	100

Fuente: DIRESA ICA – HIS 2022-2023

#### 4.1.5. Atenciones de EsSALUD

En cuanto a la población atendida por EsSALUD, como se mencionó anteriormente según la ENAHO 2023 el 35.2% de la población de Ica cuenta con EsSalud. Para la atención de esta población, la red asistencia Ica cuenta con 17 establecimientos de salud, un Hospital IV, un Hospital II, 03 Hospitales I, 06 Centros de Atención Primaria I y 06 Centros de Atención Primaria I.<sup>37</sup> Según los datos proporcionados por la Red Asistencial Ica, al primer trimestre del 2025, se contó con 1056 gestantes nuevas atendidas, de las cuales el 6% corresponde a gestantes menores de 18 años, 74.2% a gestantes entre 18 a 35 años, y 20.1% a gestantes mayores de 35 años de edad. Estos datos permiten caracterizar la población materna atendida y constituyen un insumo relevante para orientar acciones preventivas, de control y seguimiento durante el embarazo, en función de los grupos etarios y sus factores de riesgo asociados.

Gráfico N° 11: Gestantes nuevas atendidas en EsSalud según edad - 2025



Fuente: EsSALUD Red Asistencial Ica

<sup>37</sup> Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo – EsSALUD (2024) Relación de Establecimientos de Salud por Redes Asistenciales y niveles de atención - diciembre 2024. Disponible en: (<https://www.gob.pe/institucion/essalud/informes-publicaciones/5992483-relacion-de-establecimientos-de-salud-por-redes-asistenciales-y-niveles-de-atencion>) Consultado: 09 de junio 2025.

Por otro lado, de las 1,056 gestantes atendidas por EsSalud al primer trimestre de 2025, solo 482 (45.6%) iniciaron su control prenatal dentro del primer trimestre de gestación, lo que evidencia una brecha importante en la oportunidad del acceso a los servicios prenatales. Asimismo, se reporta que del total de gestantes tamizadas para hemoglobina 257 (24.3%) presentaron anemia al momento del control. Según la información proporcionada, aproximadamente el 66% de estas gestantes con diagnóstico de anemia logró su recuperación durante el seguimiento clínico, lo que pone en evidencia los esfuerzos de la red asistencial para el tratamiento oportuno, aunque también resalta la necesidad de fortalecer la cobertura del tamizaje, así como el inicio temprano del control prenatal para mejorar el acceso a los servicios dirigidos a este grupo poblacional.

#### 4.2 Situación de las acciones y estrategias de otros actores en el territorio

Dada la naturaleza multicausal de la anemia, su prevención y control requieren de una respuesta articulada que trascienda las intervenciones estrictamente sanitarias. En el departamento de Ica, distintos sectores e instituciones están implementando acciones complementarias al sector salud. Estas acciones incluyen intervenciones educativas orientadas a promover prácticas adecuadas de alimentación e higiene, programas sociales como las transferencias monetarias condicionadas, así como iniciativas para mejorar el acceso a servicios del paquete de atención integral de salud u otras intervenciones, mejorar las prácticas de manipulación de alimentos entre otras.

##### Dirección Regional de Educación (DRE)

En el marco de la Educación Básica Regular (EBR), la Dirección Regional de Educación de Ica atiende a 5,461 niñas y niños de 0 a 2 años de edad a través de servicios educativos correspondientes al Ciclo I de la Educación Inicial. Esta atención se brinda mediante modalidades escolarizadas y no escolarizadas. En la modalidad escolarizada, se cuenta con 05 Educuna y 36 Cunas-Jardín, mientras que, en la modalidad no escolarizada, el servicio es proporcionado a través de 430 Programas No Escolarizados de Educación Inicial (PRONOEI), lo cual permite ampliar la cobertura educativa en ámbitos con limitada infraestructura. Esta oferta constituye un componente clave del desarrollo infantil temprano en la región, al facilitar el acceso a experiencias educativas oportunas desde los primeros años de vida.

Acorde con la distribución poblacional del departamento, la oferta de estos servicios se concentra principalmente en las provincias de Ica y Chincha, donde se localiza el mayor número de niñas y niños menores de tres años.

Cuadro N°14: Servicios del Ciclo I de la EBR – Ica 2025

UGEL	EduCuna		Cuna Jardín		PRONOEI		Total de servicios Ciclo I	Total de alumnos Ciclo I
	N° de servicios	N° de alumnos	N° de servicios	N° de alumnos	N° de servicios	N° de alumnos		
Chincha	-	-	12	267	134	1,455	146	1,722
Ica	04	156	16	456	193	1,783	213	2,395
Nazca	-	-	06	162	37	433	43	595
Palpa	01	44	-	-	26	224	27	268
Pisco	-	-	02	43	40	438	42	481
<b>Total</b>	<b>05</b>	<b>200</b>	<b>36</b>	<b>928</b>	<b>430</b>	<b>4,333</b>	<b>471</b>	<b>5,461</b>

Fuente: Dirección Regional de Educación Ica – SIAGIE 2025

Ambas formas de atención se realizan en estrecha relación con las familias, por esta razón, en los PRONOEI, la acción pedagógica de los docentes, coordinadores, y promotores educativos comunitarios se dirigen directamente a la madre, adulto significativo o cuidador de la niña y el niño que participa en el servicio. Así también, en el marco de la atención integral, se promueven acciones que involucran a otros sectores –como los de salud, inclusión social y desarrollo, protección, justicia, ambiente– que buscan asegurar condiciones básicas para el desarrollo infantil.<sup>38</sup>

Por otro lado, la Educuna de reciente creación, un servicio educativo gratuito de cuidado diurno y atención integral que ofrece 8 horas de atención a niños de 12 a 36 meses de edad para que sus madres, en condición de pobreza, pobreza extrema o situación de vulnerabilidad puedan trabajar con tranquilidad y confianza. Este servicio ofrece alimentación nutritiva, garantiza el seguimiento en salud alineado a los estándares del MINSA y promueve el registro y actualización del DNI de las niñas y niños.

### Programa Nacional Cuna Más

El Programa Nacional Cuna Más (PNCM) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) tiene como objetivo mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses que viven en localidades en situación de pobreza y pobreza extrema, contribuyendo así a cerrar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional.<sup>39</sup> A través de sus dos servicios, el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) y el Servicio de Cuidado Diurno (SCD), el PNCM aporta a la prevención y control de la anemia de sus usuarios, que en el departamento de Ica ascienden a 41 gestantes y 3,424 niñas y niños menores de 36 meses de un total de 3,394 familias<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> Ministerio de Educación del Perú. (2017). Programa curricular de Educación Inicial. Aprobado mediante Resolución Ministerial N.° 281-2016-MINEDU y modificado mediante RM N.° 159-2017-MINEDU. Disponible en (<https://www.minedu.gob.pe>) Consultado 16 de junio 2025.

<sup>39</sup> ¿Qué hacemos? [website] Programa Nacional Cuna Más. <https://www.gob.pe/institucion/cunamas/institucional> Consultado 26 de mayo 2025.

<sup>40</sup> Cobertura de los usuarios por servicios. [website] Programa Nacional Cuna Más. <https://cobertura.cunamas.gob.pe/> Fecha de corte abril 2025.

Según la Directiva “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más”, aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 2506-2024-MIDIS/PNCM-DE, la prevención de la anemia en este servicio se articula principalmente a través de la orientación personalizada que brindan las facilitadoras durante visitas domiciliarias y sesiones grupales dirigidas a familias con gestantes y niñas y niños menores de 36 meses. Entre las principales prácticas promovidas se encuentran la LME hasta los seis meses y su prolongación hasta los 24 meses; la alimentación complementaria responsiva a partir de los seis meses; el uso adecuado de suplementos con hierro (gotas, micronutrientes o jarabes) tanto para la prevención como para el tratamiento de la anemia; el lavado de manos en momentos clave; y el consumo de agua segura. Asimismo, se fomenta la asistencia oportuna al establecimiento para recibir el paquete integrado de atención a la gestante y el paquete de servicios priorizados para las niñas y los niños, que incluyen el dosaje de hemoglobina y la suplementación preventiva o terapéutica con hierro. Estas acciones se enmarcan en el fortalecimiento de las capacidades parentales, y son complementadas con el seguimiento al consumo de suplementos de hierro en gestantes, niñas y niños usuarios, realizado durante las visitas domiciliarias.

Aunque la implementación del SAF en el departamento de Ica es reciente y su cobertura aún limitada, este servicio cumple un rol fundamental en la mejora de las prácticas de cuidado y atención dirigidas a gestantes y a niñas y niños menores de 36 meses. En particular, su contribución es clave en la prevención y atención de la anemia durante esta etapa crítica del desarrollo infantil. Según datos del programa, en Ica se atiende actualmente a 41 gestantes y 818 niñas y niños menores de 36 meses, de los cuales el 10% corresponde al grupo de 0 a 5 meses, el 15,9% a los de 6 a 11 meses, el 18,7% al grupo de 12 a 17 meses, otro 18,7% al de 18 a 24 meses, y el 35,5% al grupo de 24 a 35 meses.<sup>41</sup>

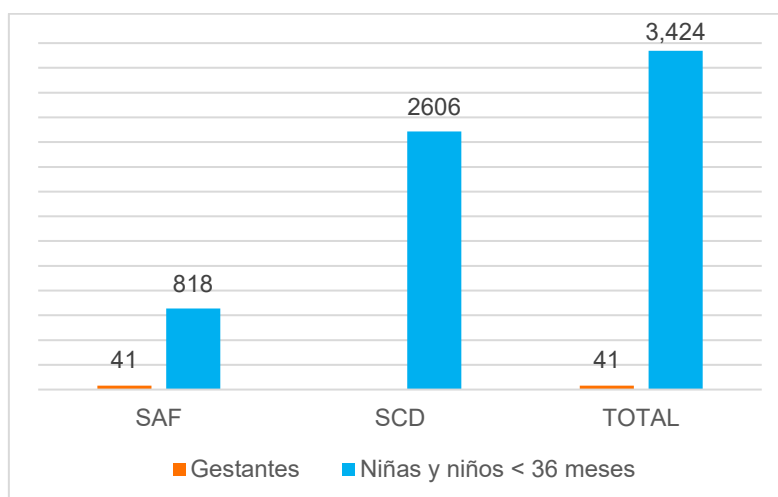
Por su parte, el SCD brinda atención integral a niñas y niños de 6 a 36 meses que requieren cuidado extrafamiliar debido a la ausencia de un adulto competente para su atención en el hogar. Este servicio busca responder a sus necesidades básicas de salud, nutrición y aprendizaje, proporcionando un entorno seguro, protector y afectuoso, con espacios adecuados para el descanso, el juego, el desarrollo de habilidades y la estimulación, dentro de los Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI). En este contexto, se implementan acciones orientadas a la prevención de la anemia, tales como la provisión de una alimentación balanceada con alimentos ricos en hierro, la administración de suplementos de hierro con fines preventivos o terapéuticos según indicación del personal de salud, y la promoción de la lactancia materna prolongada. Asimismo, se fomenta la adopción de prácticas de higiene como el lavado de manos en momentos clave y el consumo de agua hervida o tratada. El servicio incluye también el seguimiento al cumplimiento del paquete

---

<sup>41</sup> Cobertura de los usuarios por servicios. [website] Programa Nacional Cuna Más. <https://cobertura.cunamas.gob.pe/>  
Fecha de corte abril 2025.

integrado de servicios priorizados para niñas y niños, según su edad y condición. Según datos del programa, en Ica se atiende actualmente a 2,606 niñas y niños en 115 CIAIs y 25 servicios alimentarios.<sup>42</sup>

Gráfico N° 12: Usuarios del Programa Nacional Cuna Más según servicios departamento de Ica – Abril 2025



Fuente: PNCM

### Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS)

El Programa Juntos es una iniciativa del Gobierno del Perú, gestionada por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), que busca reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida de las familias más vulnerables del país. A través de transferencias monetarias condicionadas, el programa brinda apoyo económico bimestral a hogares en situación de pobreza o pobreza extrema, principalmente en zonas rurales. Para recibir este beneficio, las familias deben cumplir compromisos relacionados con la salud y la educación, como llevar a sus hijos a controles médicos y garantizar su asistencia escolar. Con esto se busca romper el ciclo intergeneracional de la pobreza y fomentar el acceso a servicios básicos que contribuyan al desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.

Con Resolución de Dirección Ejecutiva N°015-2021-MIDIS/PNADP-DE, modificada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N°023-2023-MIDIS/PNADP-DE, el Programa JUNTOS pone especial énfasis en la primera infancia, al incorporar una corresponsabilidad específica orientada al desarrollo integral de niñas y niños de 0 a 35 meses (TPI), con el objetivo de asegurar que reciban atención oportuna en salud, nutrición y estimulación temprana, mediante la asistencia a citas para recibir paquete integral de servicios de salud para gestantes registradas durante el primer trimestre de embarazo y niñas y niños de 0 a 35 meses registrados hasta los 30 días

<sup>42</sup> Ídem.

de nacidos; y matrícula en nivel inicial para niñas y niños de 36 a 59 meses registrados hasta los 30 días de nacidos.

La implementación de la TPI, por cuestiones presupuestales, prioriza a hogares con niñas y niños menores de 12 meses registrados hasta los 30 días de nacidos y madres gestantes registradas durante el primer trimestre de embarazo, y verifica el cumplimiento de las siguientes corresponsabilidades para la transferencia de los recursos adicionales:

- Niñas y niños menores de 12 meses: controles CRED de recién nacido y controles CRED según su edad hasta los 12 meses, vacunas correspondientes a su edad (rotavirus, neumococo, pentavalente y SPR), tamizaje de hemoglobina y suplementación de hierro para su edad.
- Madres gestantes registradas durante el primer trimestre de embarazo: exámenes y tamizajes correspondientes en el primer trimestre, suplementación de hierro y ácido fólico en sus controles prenatales.

En Ica, el Programa Juntos, al cierre del segundo bimestre de 2025, cuenta con 2,899 hogares afiliados que cumplen con los criterios para la Transferencia de Primera Infancia (TPI). De ellos, 24 son hogares que tienen como miembros objetivos a gestantes y 2,875 a niñas y niños menos de 12 meses, atendiendo a un total de 2,925 miembros objetivo (2881 niñas y niños menores de 12 meses y 44 gestantes)<sup>43</sup>. El 91.7% de estos hogares reside en el ámbito urbano del departamento.

Para el mismo periodo, por el cumplimiento de las corresponsabilidades asociadas a TPI, en Ica se había realizado una transferencia total de S/ 178,700.00 a 1,848 hogares<sup>44</sup>.

La TPI coexiste territorialmente con otras intervenciones orientadas a la misma población objetivo, lo que plantea oportunidades importantes para la articulación. Tal es el caso del Programa Nacional Cuna Más con sus dos servicios (SAF y SCD) así como el Compromiso 1 del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal liderado por el MINSA.

Según información disponible a mayo de 2025<sup>45</sup>, el Programa Juntos a través de la TPI atiende a 3,216 hogares con gestantes, niñas y niños menores de 12 meses en el departamento de Ica. De estos, 150 hogares también reciben visitas del SAF de Cuna Más, y 98 hogares son atendidos simultáneamente por Juntos, SAF y el

---

<sup>43</sup> Reportes operativos. Programa Nacional de Apoyo a los más Pobres. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiNjA2ZjY3Y2MtZjcwYi00NjEwLTg5ZDgtNWVM0Mzg1ZmY0N2UyIiwidCI6IjA4N2Y4ZmZkLTY5NzItNDc1MC04ZjIhLWwWZTQ4YjU2YmQyZiJ9>. Consultado: 03 de junio 2025.

<sup>44</sup> Ídem

<sup>45</sup> Reportes operativos. Programa Nacional de Apoyo a los más Pobres. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiNWwWZTQ4YjU2YmQyZiJ9YzA2ZTU0ZjU3MmY0NGY1LWwWZTQ4YjU2YmQyZiJ9>. Consultado: 04 de junio 2025.

Compromiso 1. Además, 186 usuarios beneficiarios de Juntos acceden al SCD de Cuna Más, mientras que en 61 casos se registra una triple intervención: Juntos, SCD y Compromiso 1. Finalmente, se identificaron 2,484 usuarios que reciben atención concurrente de Juntos y el Compromiso 1, lo cual evidencia un alto grado de superposición de intervenciones en el territorio que, bien articuladas, pueden potenciar los resultados en la primera infancia.

Cuadro N°15: Confluencia de intervenciones en usuarios - Ica Mayo 2025

Intervenciones	N° de usuarios
Programa Juntos	3,216
Juntos y SAF	150
Juntos, SAF y Compromiso 1	98
Juntos y SCD	186
Juntos, SCD y Compromiso 1	61
Juntos y Compromiso 1	2,484

Fuente: Programa Juntos

#### Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal- Compromiso 01

En el año 2025, como en años anteriores, un grupo de distritos del departamento de Ica fue priorizado para la implementación del Compromiso 1 en el marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal. Este compromiso, denominado "Mejora del estado nutricional y de salud de los niños hasta los 12 meses de edad, a través de la mejora de la adherencia en el uso y consumo oportuno del suplemento de hierro", tiene como objetivo contribuir a la reducción de la anemia mediante la promoción de prácticas saludables en familias con niñas y niños menores de 12 meses, con énfasis en el consumo oportuno del suplemento de hierro.

Para el cumplimiento de este objetivo, los gobiernos locales de distritos priorizados realizaron en mayo de 2025 visitas domiciliarias a 2,225 niñas y niños de 4 a 5 meses, 4,354 niñas y niños de 6 a 12 meses y 1,597 gestantes, en 22 distritos distribuidos en 4 provincias de Ica. Estas acciones fueron ejecutadas por 492 actores sociales, quienes desarrollan visitas domiciliarias oportunas y completas orientadas a fortalecer las prácticas familiares de cuidado y atención a gestantes, niñas y niños menores de 12 meses. Entre las principales temáticas abordadas destacan: el apego, la lactancia materna, la alimentación complementaria, el consumo del suplemento de hierro, el lavado de manos, el uso de agua segura, así como la prevención de la anemia y la promoción del acceso oportuno a los servicios de salud.

Cuadro N°16: Número de menores de 12 meses, gestantes, coordinadores de VD y Actores Sociales del Compromiso 01 Mayo 2025

Provincia	N° de Distritos	Número de Usuarios			N° CVD	N° Actores Sociales
		Niñas(os) 4 a 5 meses	Niñas(os) 6 a 12 meses	Gestantes		
Chincha	07	653	1,257	565	11	148
Ica	08	964	1,990	691	13	212
Nasca	02	216	382	154	03	42
Pisco	05	392	725	187	06	90
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>2,225</b>	<b>4,354</b>	<b>1,597</b>	<b>33</b>	<b>492</b>

Fuente: Compromiso 01 Mayo 2025

### 4.3 Acciones multisectoriales

La Ordenanza Regional N° 017-2021-GORE-ICA<sup>46</sup> declaró prioridad pública regional la política multisectorial para prevenir y reducir la anemia en gestantes, lactantes, madres lactantes, niñas y niños menores de 36 meses y la desnutrición crónica en menores de 5 años, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19. Esta norma reconoce el impacto de la crisis sanitaria y económica en los hogares de la región y establece la necesidad de medidas de protección social y articulación entre gobiernos locales, entidades públicas y privadas.

Para operativizar este mandato, se conformó el Comité Regional para el Desarrollo Infantil y Social<sup>47</sup>, integrado por los principales actores del sector público (salud, educación, agricultura, producción, gobiernos locales), programas sociales (Cuna Más, Qali Warma, Pensión 65), sociedad civil (Mesa de Concertación, Defensoría del Pueblo, ONG), universidades y sector privado. Este espacio busca garantizar la coordinación y el seguimiento de las acciones multisectoriales.

Asimismo, en el marco del Sistema Nacional de Salud, en el año 2022 se conformó el Consejo Regional de Salud de Ica mediante la Ordenanza Regional N.º 018-2022-GORE-ICA. Este espacio de coordinación regional está presidido por el Director Regional de Salud y lo integran representantes clave del sector público y de la sociedad civil, entre ellos: el presidente de la Comisión de Salud, Vivienda y Saneamiento del Consejo Regional, el Gerente de Desarrollo Social del Gobierno Regional, representantes del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, el Gerente de la Red Asistencial de EsSalud, el Jefe de Sanidad de las Fuerzas Armadas, el Director Regional de Educación, los Decanos de los Consejos Regionales IX y XV del Colegio

<sup>46</sup> OR N° 017-2021-GORE-ICA. Disponible en: (<https://www.gob.pe/institucion/regionica/normas-legales/3967892-017-2021-gore-ica>) Consultado: 29 de mayo 2025.

<sup>47</sup> Artículo 3 de la OR N° 017-2021-GORE-ICA. Disponible en: (<https://www.gob.pe/institucion/regionica/normas-legales/3967892-017-2021-gore-ica>) Consultado: 29 de mayo 2025

Médico del Perú y del Colegio de Enfermeros del Perú, el Decano del Colegio Médico Veterinario, y un representante del Cuerpo de Bomberos Voluntarios del Perú B-22 Salvadora Ica.

En esa misma línea, durante el año 2024 se conformaron 43 Comités Distritales de Salud, uno por cada distrito del departamento de Ica, mediante ordenanzas municipales. Según información proporcionada por la DIRESA, estos comités, en su primera fase de funcionamiento durante el primer semestre de 2025, han priorizado la problemática de la anemia como uno de los temas centrales de atención en sus respectivos territorios, lo que constituye una oportunidad clave para el despliegue de acciones articuladas a nivel local.

### Análisis participativo de brechas y oportunidades de mejora intersectoriales

Por otro lado, en el marco de la Jornada Técnica Multisectorial para analizar los factores determinantes y la implementación de intervenciones clave para la prevención y reducción de la anemia materno infantil en Ica, realizada los días 22 y 23 de mayo de 2025, se desarrolló un proceso participativo con representantes de diversos sectores públicos, programas sociales, sociedad civil, cooperación técnica y sector privado. Esta jornada dio continuidad al seminario “Ica sin anemia” y se enmarca en los esfuerzos por fortalecer la implementación del Plan Regional Multisectorial de Prevención y Reducción de la Anemia, promovido por el Gobierno Regional de Ica, con el acompañamiento técnico de UNICEF.

La jornada incluyó visitas de campo al distrito de Salas y sesiones de trabajo grupal entre actores de los sectores salud, vivienda, educación, programas sociales, agricultura y la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional. A partir de la observación directa y el análisis conjunto, se identificaron brechas críticas en la prestación de servicios, cuellos de botella en la articulación institucional y factores estructurales que limitan la eficacia de las intervenciones en el territorio.

### Entre los principales hallazgos destacan:

- **Persistencia de deficiencias estructurales en el primer nivel de atención en salud**, tanto en infraestructura como en disponibilidad de personal, equipamiento y flujos adecuados de atención, lo cual afecta directamente la capacidad del sistema para brindar intervenciones oportunas y de calidad orientadas a la prevención y tratamiento de la anemia.
- **Graves limitaciones en el acceso al agua segura y saneamiento básico**, especialmente en áreas periurbanas y rurales, asociadas a problemas de continuidad, calidad del servicio, informalidad de prestadores y precariedad en las redes de distribución. Estas condiciones no solo vulneran el derecho a servicios básicos, sino que inciden directamente en la salud infantil y la efectividad de las prácticas preventivas.

- **Baja cobertura y limitada articulación de los programas sociales con los servicios de salud**, como en el caso de Cuna Más y los Comedores Populares, donde se evidenció una débil conexión con el paquete integral de salud, barreras logísticas para la suplementación con hierro y escasa interoperabilidad de datos entre sectores.
- **Condiciones precarias para la labor de los actores sociales comunitarios**, quienes enfrentan limitaciones tecnológicas, falta de materiales y riesgos de seguridad, lo que restringe el impacto de las visitas domiciliarias. Además, se identificó una limitada articulación con los establecimientos de salud, lo que afecta la continuidad del acompañamiento familiar.
- **Insuficiente apropiación comunitaria y prácticas alimentarias poco saludables**, asociadas tanto a factores económicos como a barreras culturales y a la falta de estrategias comunicacionales efectivas sobre prácticas de alimentación saludable y rica en hierro. Se destacó la necesidad de fortalecer las sesiones demostrativas, el acceso a alimentos ricos en hierro y la educación alimentaria desde el enfoque de pertinencia cultural.
- **Desaprovechamiento del potencial de alianzas estratégicas con academia, sector privado y sociedad civil**, actores que podrían contribuir significativamente al fortalecimiento de capacidades, investigación, mejora de equipamiento, producción de material educativo, generación de biohuertos y uso de tecnologías para el seguimiento territorial.

El ejercicio participativo realizado durante la jornada técnica permitió no solo recoger evidencia territorial, sino también generar propuestas viables y concretas para el cierre de brechas. Las medidas propuestas abarcan desde la mejora de la infraestructura y equipamiento hasta la institucionalización de mecanismos de coordinación intersectorial, incluyendo estrategias de comunicación comunitaria, fortalecimiento de la cadena de suplementación y mejoras en la gestión de la información nominal. En el anexo 01, se adjunta la matriz que sistematiza el producto de los trabajos de grupo.



## V. Conclusiones

1. La anemia es un problema de salud pública multicausal que requiere un abordaje integral y multisectorial.

En el caso de Ica, la persistencia e incluso el reciente incremento de la anemia infantil evidencian que las intervenciones aisladas no son suficientes. La anemia responde a determinantes inmediatos, subyacentes y estructurales, que abarcan desde deficiencias nutricionales, enfermedades infecciosas y prácticas de cuidado, hasta desigualdades en el acceso a servicios básicos, pobreza y baja educación materna. Sin embargo, debe analizar cómo afectan los factores como la migración, la inestabilidad laboral y la inversión pública y privada.

2. El incremento reciente de la anemia en niñas y niños en Ica plantea una alerta sanitaria.

Aunque la región presenta una prevalencia de anemia por debajo del promedio nacional (31.1% en 2024), ha registrado un incremento de siete puntos porcentuales respecto al año anterior. Este retroceso ocurre a pesar de las condiciones estructurales aparentemente favorables del departamento, como el menor índice de pobreza del país, bajo nivel de vulnerabilidad alimentaria, altos niveles educativos y acceso a servicios básicos por encima del promedio nacional.

3. El crecimiento económico ha generado nuevas desigualdades territoriales.

El dinamismo agroexportador ha impulsado un proceso de expansión urbana desordenada, originando asentamientos humanos en zonas periféricas sin servicios básicos adecuados. Estas condiciones agravan los riesgos para la salud de la infancia y reducen el impacto de las intervenciones preventivas y sanitarias.

4. Existen intervenciones con coberturas aceptables, pero persisten brechas críticas.

Si bien las coberturas de parto institucional, tamizaje, suplementación preventiva y tratamiento terapéutico superan el 70%, otras intervenciones esenciales como la lactancia materna exclusiva (45.8%), las visitas domiciliarias (15.3% en niñas y niños con anemia) y las sesiones demostrativas (13%) presentan niveles preocupantemente bajos.

5. Brechas de oportunidad de las intervenciones de salud durante la gestación.

Se evidencia brechas significativas tanto en términos de cobertura efectiva como en el inicio oportuno de las intervenciones de salud dirigidas a las gestantes. Si bien

una proporción importante de mujeres accede a las IPRESS en el primer trimestre, muchas de ellas no son identificadas ni captadas tempranamente como gestantes. Por otro lado, se observa que el primer control prenatal, el tamizaje de hemoglobina y la suplementación con hierro y ácido fólico no alcanzan los niveles deseados de cobertura ni de oportunidad en su inicio, con una proporción considerable de gestantes accediendo recién en el tercer trimestre.

#### 6. Las acciones comunitarias y programas sociales enfrentan limitaciones operativas y de articulación.

A pesar de la presencia de iniciativas como Cuna Más, Juntos, Educunas y Compromiso 1, persisten dificultades logísticas, falta de interoperabilidad de datos y escasa articulación con los servicios de salud, lo que reduce su impacto potencial en la prevención de la anemia.

#### 7. El análisis participativo intersectorial permitió identificar cuellos de botella estructurales y operativos.

La jornada técnica desarrollada en Salas reveló deficiencias en infraestructura, recursos humanos, calidad del agua, articulación institucional, prácticas alimentarias y condiciones para la acción comunitaria. Asimismo, se identificaron oportunidades para fortalecer la gobernanza, la inversión, las capacidades locales y la coordinación multisectorial.

#### 8. Se requiere generar evidencia local sobre los factores determinantes y la efectividad de las intervenciones.

No se cuenta con estudios actualizados que permitan comprender en profundidad las causas del reciente incremento de anemia en un contexto estructuralmente favorable como el de Ica. Tampoco se dispone de evaluaciones sistemáticas sobre el impacto de las intervenciones comunitarias y multisectoriales actualmente en marcha.

#### 9. La limitada interoperabilidad de datos dificulta el seguimiento nominal y oportuno del paquete de servicios.

La fragmentación de los registros entre salud, programas sociales y gobiernos locales impide conocer si niñas, niños y gestantes acceden de manera completa y oportuna al paquete integrado de salud. Esta brecha reduce la capacidad de respuesta ante casos críticos y debilita la gestión territorial de la anemia.

## VI. Recomendaciones

### 1. Consolidar una estrategia intersectorial sostenida, con enfoque territorial y de curso de vida.

Fortalecer la gobernanza multisectorial para la prevención y reducción de la anemia, consolidando las instancias ya conformadas en el marco del Sistema Nacional de Salud, como el Consejo Regional de Salud de Ica y los Comités Distritales de Salud de los 43 distritos del departamento. Estas instancias deben posicionarse como espacios permanentes de articulación y coordinación intersectorial, donde se aborde de manera sistemática la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones territoriales para la prevención y control de la anemia, con un enfoque de curso de vida que incluya a gestantes, niñas, niños y adolescentes.

Se recomienda que el Consejo Regional de Salud lidere la articulación a nivel departamental, promoviendo la adopción de metas e indicadores comunes entre los sectores salud, educación, vivienda, inclusión social, protección y agricultura. A su vez, los Comités Distritales de Salud deben constituirse como plataformas operativas para aterrizar las acciones en el territorio, facilitando la coordinación entre gobiernos locales, establecimientos de salud, programas sociales y actores comunitarios.

### 2. Fortalecer las estrategias de captación temprana de gestantes.

Fortalecer las estrategias de captación temprana de gestantes desde el primer contacto con las IPRESS, con el objetivo de asegurar el inicio temprano de las intervenciones de salud que permitan prevenir y abordar oportunamente los factores de riesgo asociados a la anemia materna. Asimismo, promover acciones de coordinación interinstitucional con actores del territorio, como los programas sociales (PNCM, Juntos), el Compromiso 1, comedores populares y otros espacios comunitarios, para facilitar la identificación y derivación activa de gestantes hacia las IPRESS, garantizando así el acceso oportuno al paquete de prestaciones priorizadas.

### 3. Optimizar el alcance e impacto de las intervenciones comunitarias de salud para fortalecer las prácticas familiares.

Reforzar las intervenciones comunitarias, como las visitas domiciliarias y las sesiones demostrativas dirigidas a gestantes, niños y niñas menores de tres años, que cumplen un rol clave en la prevención de la anemia al promover la lactancia materna exclusiva y continua, mejorar la adherencia a la suplementación con hierro, y fomentar prácticas adecuadas de alimentación infantil, lavado de manos en momentos clave y consumo de agua segura.

Se recomienda analizar y priorizar recursos para ampliar la cobertura de estas intervenciones desde el sector salud. Asimismo, se sugiere articular agendas de trabajo entre los establecimientos de salud, los servicios del Programa Nacional Cuna Más, el Programa Juntos en el marco de la Transferencia para la Primera Infancia (TPI), y los servicios educativos del Ciclo I, con el fin de desarrollar acciones coordinadas y complementarias en el territorio.

#### 4. Promover la interoperabilidad de información y el uso de datos nominales para el seguimiento integral de gestantes, niñas y niños menores de 36 meses.

Establecer mecanismos de interoperabilidad nominal entre los sistemas de información en salud (SIS, HIS), compromiso 01, los programas sociales (Programa Juntos y Programa Nacional Cuna Más) y los registros educativos gestionados por la Dirección Regional de Educación (Educunas y PRONOEI), con el objetivo de facilitar un seguimiento oportuno, integral y coordinado de la atención brindada a gestantes, niñas y niños menores de 36 meses.

La integración de estos sistemas permitirá identificar brechas en la provisión del paquete de servicios esenciales según la edad, que incluye: controles prenatales (CPN), controles de crecimiento y desarrollo (CRED), tamizajes, suplementación con hierro, vacunas, intervenciones familiares (acompañamiento, visitas domiciliarias, sesiones educativas y demostrativas), así como servicios de cuidado y atención en Centros Infantiles de Atención Integral, Educunas y PRONOEI, entre otros.

Asimismo, se recomienda institucionalizar mesas técnicas, al interior de los Comités Distritales de Salud, para el análisis de información, con participación de los sectores involucrados, para revisar de manera mensual los casos no adherentes o con interrupciones en el acceso a los servicios, promoviendo una respuesta articulada, oportuna y basada en evidencia territorial y nominal.

#### 5. Fortalecer el rol de los comedores del Programa de Complementación Alimentaria (PCA) como aliados comunitarios para la promoción de la salud y prevención de la anemia.

Aprovechar el alcance territorial de los comedores como espacios estratégicos para el desarrollo de acciones comunitarias lideradas por el sector salud, orientadas a mejorar las prácticas de alimentación con alimentos ricos en hierro y a promover, entre las familias usuarias, la asistencia oportuna de gestantes, niñas y niños menores de 36 meses a los servicios de salud (control prenatal, CRED, tamizaje, suplementación, entre otros).

Se recomienda incorporar a los comedores en campañas integrales de salud y jornadas de promoción preventiva, así como en estrategias de seguimiento

comunitario a gestantes y madres con niñas y niños pequeños, en articulación con los establecimientos de salud, gobiernos locales y programas sociales.

Asimismo, implementar procesos de capacitación dirigidos a las socias y responsables de los comedores, con énfasis en la preparación de alimentos ricos en hierro, la adecuación nutricional de los menús y las buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos, con el acompañamiento técnico de la DIRESA y, de ser posible, con la participación de universidades e instituciones formativas locales.

#### 6. Fortalecer las acciones para la mejora de los servicios de agua y saneamiento en el ámbito rural.

Fortalecer los SAP rurales con mayor vulnerabilidad, especialmente en la provincia de Chincha, priorizando inversiones en sistemas colapsados, incompletos o sin cloración.

Paralelamente, se sugiere fortalecer la capacidad operativa de las Áreas Técnicas Municipales (ATM) mediante la provisión de equipos e insumos para la cloración, kits de monitoreo del cloro residual, y la capacitación técnica para el adecuado funcionamiento, operación y mantenimiento de los sistemas de agua en el ámbito rural.

#### 7. Fortalecer las acciones para mejorar los servicios de agua y saneamiento en el ámbito periurbano.

Fortalecer los SAP de los centros poblados del ámbito periurbano con limitada prestación del servicio, considerando los problemas actuales de cantidad (volumen insuficiente), continuidad (abastecimiento por horas o días) y calidad (ausencia de cloración o cloro residual).

Diseñar e implementar una estrategia de educación sanitaria dirigida a las familias, orientada a mejorar las prácticas de manipulación, almacenamiento y consumo del agua en el hogar, considerando que la discontinuidad del servicio obliga al almacenamiento prolongado, lo cual puede comprometer su calidad si no se adoptan medidas adecuadas.

#### 8. Visibilizar, realizar el análisis de la problemática de la anemia e implementar intervenciones específicas para abordar la anemia en adolescentes

Se recomienda realizar acciones de incidencia para posicionar la importancia de abordar la prevención y el control de la anemia en la adolescencia, especialmente en mujeres. Es clave generar o mejorar la disponibilidad de información para analizar la problemática en este grupo de edad; y revisar la implementación de las

intervenciones efectivas consideradas en el Plan Multisectorial de Anemia y en otros marcos normativos vigentes para la atención integral de la salud del adolescente, como la suplementación con hierro, la alimentación adecuada y rica en micronutrientes, atención de la integral de la salud, acceso a agua adecuadamente clorada en escuelas y hogares, y manejo de los casos de adolescentes con flujo menstrual abundante.

#### 9. Promover estudios e investigaciones operativas sobre los factores determinantes y las intervenciones efectivas

Se recomienda desarrollar investigaciones aplicadas que profundicen en las barreras culturales, económicas o logísticas que limitan la efectividad de las estrategias actuales. La participación de la academia local y su articulación con el sistema de salud será clave.



VII. Anexos



### Anexo 01: Brechas identificadas y propuesta de mejoras

Acciones/ sector	Brechas más resaltantes identificadas a propósito de la visita	Mejoras para el cierre de brechas
Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de especialistas en establecimientos de primer nivel.</li> <li>• Falta de personal de salud (obstetra, médico, etc) en los establecimientos para desarrollar actividades preventivo-promocionales.</li> <li>• Falta de equipamiento biomédico para los consultorios de CRED y Materno.</li> <li>• Infraestructura inadecuada de los consultorios CRED y Obstetricia.</li> <li>• Falta de Ambulancia y técnico de transporte para realizar las referencias al II nivel de atención.</li> <li>• La atención no considera el sistema de citas y no existe un flu adecuado para la atención</li> <li>• Falta de señalética en los servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un proyecto de inversión pública, para el mejoramiento de la infraestructura del Establecimiento de Salud</li> <li>• Contratación de Recurso Humano</li> <li>• Gobierno Regional, traba en alianzas con empresas privadas</li> </ul>
Vivienda y saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitada prestación del servicio de agua: cantidad (Volumen que no se ajusta a la demanda), continuidad (abastecimiento por horas y días) y calidad (no asegura cloración y otros estándares).</li> <li>• Almacenamiento domiciliario del agua que garantiza la concentración del cloro adecuada para el consumo humano.</li> <li>• Brecha en infraestructura: sistemas en regular estado y colapsados.</li> <li>• Alta morosidad en el pago del servicio: poca valorización del servicio y mala percepción de la calidad del servicio.</li> <li>• Población ubicada en zonas de extensión (invasiones) con acceso al agua a través de proveedores particulares no</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y priorización de necesidad de inversión: formulación y aprobación (inversión privada)</li> <li>• Coordinación entre la Dirección Regional de Vivienda con la DIRESA para la elaboración de un plan comunicacional o de capacitación para mejorar las prácticas de almacenamiento y manipulación de agua, y prácticas de higiene.</li> </ul>

Acciones/ sector	Brechas más resaltantes identificadas a propósito de la visita	Mejoras para el cierre de brechas
	<p>regulados ni fiscalizados (cisternas) que no aseguran la calidad del agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Precariedad de la red de distribución del servicio de agua (tuberías, matrices, entre otros)</li> <li>• Prestador de servicio (EMAPA Salas) no formalizado.</li> <li>• No cuenta con competencias para el manejo del DATASS.</li> <li>• Débil institucionalización del ATM</li> <li>• Limitada prestación del servicio de saneamiento: desagüe en zona urbana céntrica y periferia pozo ciegos principalmente.</li> <li>• Planta de tratamiento de aguas residuales colapsada.</li> <li>• No se programan ni realizan actividades para promover prácticas de higiene</li> </ul>	
Programa Cuna Mas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La oferta del servicio no cubre la demanda y la cantidad de niños y niñas del distrito (disponibilidad presupuesto e infraestructura).</li> <li>• La suplementación de hierro durante el servicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento: a las niñas y los niños con anemia cuyos padres han entregado el sulfato ferroso al servicio.</li> <li>• Preventivo: limitado porque la mayoría de los padres no llevan el suplemento de hierro al servicio.</li> <li>• Débil articulación con los establecimientos de salud para la atención y seguimiento integral del acceso a los servicios del paquete integral de salud (CRED + Vacunas + suplemento de hierro + tamizaje).</li> </ul> </li> <li>• La oferta del Servicio de Acompañamiento Familiar es limitada a ámbito rural y limitado en el ámbito urbano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sincerar la demanda no atendida.</li> <li>• Establecer alianzas con empresas para promover la inversión en servicios de cuidado diurno, que permitan la atención de niños.</li> <li>• Interoperabilidad de datos entre la DIRESA y el PNCM para el seguimiento nominal de las niñas y los niños usuarias del PNCM</li> <li>• Incorporar en el SCD la administración del suplemento preventiva y recuperativa y a través del SAF impulsar la adherencia al consumo de suplemento.</li> <li>• Coordinación con salud para asegurar la suplementación preventiva y curativa de las niñas y los niños usuarios del PNCM.</li> <li>• Plan de trabajo anual entre los servicios del PNCM y los EESS para la entrega del paquete Promover y</li> </ul>

Acciones/ sector	Brechas más resaltantes identificadas a propósito de la visita	Mejoras para el cierre de brechas
		facilitar el acceso integral de salud para usuarios de ambos servicios.
Actores sociales (compromiso 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de reconocimiento por parte del Gobierno local, hace que no se sientan parte de la gestión municipal.</li> <li>• La localización de las familias es dificultosa por direcciones erradas, cambio de números celulares o migración interna de las familias.</li> <li>• Condiciones para que realicen su trabajo: el aplicativo no tiene cartografía, exige disponer de un teléfono de alta gama para almacenamiento.</li> <li>• No cuentan con material de apoyo suficiente para su trabajo y para entregar a la familia.</li> <li>• Limitada articulación de los establecimientos de salud y compromiso 1, en algunas comunidades es mínima. Esto se visibiliza por que se genera la demanda a los servicios de salud, pero la oferta no responde positivamente, lo que ocasiona frustración de las familias, descargándose con los actores sociales.</li> <li>• En el caso de visitas rechazadas, quien debe validar es el personal de salud, para que esto suceda hay una alta demora.</li> <li>• Incorporar otras temáticas y actualizaciones de protocolos en las capacitaciones. Así mismo, que metodológicamente sean más atractivas (videos, infografías).</li> <li>• Los problemas de seguridad limitan la apertura de puerta de las familias, falta una mayor identificación de los actores sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr que la municipalidad haga participe y revalore el servicio que los actores sociales realizan.</li> <li>• Establecer reuniones de coordinación con el sector salud para estrechar vinculación de las visitas domiciliarias con lo que realiza el EESS. A fin de lograr una mayor sinergia en la atención y en la agilidad de las visitas rechazadas.</li> <li>• Trabajar campañas que permitan educar a las familias sobre las practicas saludables, esto complementará las visitas.</li> <li>• Disponer de materiales para entregar a las familias</li> <li>• Establecer alianza con el serenazgo para poder visitar sin riesgo a familias en zonas de peligro.</li> <li>• Se requiere enseñar a las familias el valor de los alimentos ricos en hierro, a través de las sesiones demostrativas.</li> <li>• Mejorar el acceso de las familias a agua segura.</li> <li>• Incorporar en el aplicativo que usan los actores sociales la cartografía para una mejor ubicación de las familias. Además de trabajar versiones mas ligeras que no requiera el uso de teléfonos de alta gama.</li> </ul>

Acciones/ sector	Brechas más resaltantes identificadas a propósito de la visita	Mejoras para el cierre de brechas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las prácticas de suplementación en las familias se ven disminuidas por los efectos secundarios, lo que ocasiona el abandonando el tratamiento.</li> <li>• Las familias no tienen costumbre del consumo de alimentos ricos en hierro, además tienen falta de medios económicos para la adquisición de alimentos saludables.</li> </ul>	
Comedor popular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comedor visitado se encuentra inactivo desde hace mes y medio por falta de entrega de alimentos por parte de la municipalidad.</li> <li>• No existe conocimiento que niños o gestantes de su población beneficiaria tienen anemia, por lo que no hay seguimiento de casos.</li> <li>• No cuenta con servicios básicos: agua y desagüe por ser un CP con falta de reconocimiento (títulos de propiedad).</li> <li>• Local no cuenta con condiciones adecuadas de infraestructura, no tiene local propio, déficit equipamiento básico (refrigeradora).</li> <li>• No hay articulación del comedor con otros programas sociales por ejemplo vaso de leche y solo tienen contacto con la municipalidad provincial.</li> <li>• Reconocen que no pueden ser autosostenibles, porque lo que cobran no alcanza para la preparación de los alimentos, los gastos de movilidad incrementan los costos y no pueden aumentar la tarifa.</li> <li>• Las capacitaciones solo se realizan a la presidenta del Comedor y hay limitado tiempo para socializar los contenidos con el resto de las socias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La municipalidad debe elaborar su cronograma de compra de alimentos, debiendo realizarse de manera oportuna, para evitar desfase en la provisión de alimentos a los comedores.</li> <li>• Mayor apoyo de la municipalidad y sector salud a los comedores populares y asegurar el seguimiento, acompañamiento y fortalecer sus capacidades de gestión y funcionamiento del comedor.</li> <li>• Involucrar a las universidades para asegurar capacitación a todas las socias que forman parte del comedor.</li> <li>• Coordinación con el sector vivienda, para asegurar la disponibilidad de agua a los comedores.</li> <li>• Articulación con los programas sociales y salud para afinar esfuerzos en la identificación y seguimiento de las niñas y los niños con anemia.</li> <li>• A través de la agencia agraria debería realizar el proyecto de biohuertos e incentivar la participación de la Chacra a la olla.</li> <li>• Alianza con la dirección de producción para incorporar al comedor popular al programa chupe con hierro.</li> </ul>

Acciones/ sector	Brechas más resaltantes identificadas a propósito de la visita	Mejoras para el cierre de brechas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay una vinculación con los EESS, manifiestan que han realizado campañas de salud, pero solo con la coordinación con ONG.</li> <li>• El personal de salud si hace seguimiento directamente a las familias, pero no se convoca al comedor para las coordinaciones.</li> <li>• Recojo de basura en el distrito no es diario, habiendo acúmulos que reconocen es la causa de problemas de salud en las niñas y los niños.</li> <li>• Niños o gestantes que cuentan con EsSalud no tienen atención regular porque el trabajo es temporal</li> <li>• Los alimentos que reciben y los que disponen dentro del CP son insuficientes para brindar una alimentación totalmente nutritiva.</li> <li>• Existe un desconocimiento sobre alimentación nutritiva, sobre todo en el uso de alimentos de origen animal ricos en hierro. Se desconoce formas de preparación.</li> </ul>	

## Anexo 02: Asistencia y acompañamiento técnico al Gobierno Regional en el desarrollo de espacios de articulación multisectorial para el desarrollo del Plan Multisectorial Regional para la prevención y control de anemia

### I. Asistencia y acompañamiento técnico al Gobierno Regional y Direcciones Sectoriales

Durante el primer semestre del 2025, UNICEF desarrolló reuniones bilaterales con la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Ica, así como con sus principales direcciones sectoriales con el fin de brindar acompañamiento técnico en el proceso de formulación del Plan Regional Multisectorial para la prevención y control de la anemia. Las direcciones sectoriales con las que se trabajó de manera continua fueron:

- i) Dirección Regional de Salud (DIRESA)
- ii) Dirección Regional de Educación (DRE)
- iii) Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento (DRVCS)
- iv) Dirección Regional de Agricultura (DRA)
- v) Oficina de enlace del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)

Este acompañamiento tuvo como objetivo apoyar la construcción y validación técnica del plan regional, promoviendo un enfoque integral, territorial y basado en evidencia. La asistencia se tradujo en reuniones técnicas bilaterales, asesoría en la planificación estratégica, organización de eventos participativos, validación conjunta de herramientas de análisis, organización de espacios participativos multisectoriales, y facilitación de procesos intersectoriales orientados a fortalecer la toma de decisiones informadas y el compromiso político.

### II. Espacios de articulación multisectorial

#### 1. Seminario "Ica sin anemia: Un compromiso de todas y todos. ¿Es posible acelerar la reducción de la anemia? (28 de marzo)

##### Objetivo:

Promover el análisis y reflexión para abordar la problemática de la anemia en gestantes, niñas, niños y adolescentes, sus factores determinantes y retos en la organización del trabajo multisectorial en la región Ica.

##### Metodología:

Se orientó el presente seminario bajo una metodología participativa, que permitió la construcción colectiva de soluciones y motivar al compromiso activo de todos los sectores en la lucha contra la anemia materno infantil.

Este espacio multisectorial se desarrolló en 3 momentos principales:

- 1) Presentación del diagnóstico regional de la anemia por la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Ica.

- 2) Conferencia de expertos nacionales sobre intervenciones clave para acelerar la reducción de la anemia materno infantil y en la adolescencia, así como acciones para mejorar la articulación local de los servicios y sectores.
- 3) Mesa de diálogo multisectorial, donde representantes de salud, educación, agricultura, MIDIS, vivienda y sector privado identificaron:
  - a. Desafíos sectoriales
  - b. Acciones prioritarias
  - c. Propuestas de articulación con gobiernos locales

Además, se contó con la participación de:

- Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional
- Dirección Regional de Salud (área de materno-neonatal, etapa vida niño, nutrición y promoción de la salud)
- Dirección Regional de Educación
- Dirección Regional de Producción
- Dirección Regional de Agricultura
- Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento
- Oficina de enlace del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Programas sociales de Cuna Más, Juntos, Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales, y Foncodes)
- Sector privado

#### Resultados clave:

- Identificación de desafíos sectoriales que dificulte contribuir con la reducción de la anemia.
- Desarrollo de acciones prioritarias viables y orientadas al trabajo multisectorial para contribuir a la reducción de la anemia.
- Reafirmar el compromiso intersectorial para trabajar alineados a una hoja de ruta regional.
- Reactivación del Comité Regional de anemia.



## 2. Jornada técnica de articulación para la prevención y reducción de la anemia materno infantil en el Perú (22 y 23 de mayo)

### Objetivo:

Recopilar información y analizar la situación de los diferentes servicios públicos dirigidos a gestantes, niñas y niños menores de 5 años con el fin de evaluar su pertinencia y eficiencia para la reducción de la anemia materno infantil en la región Ica.

### Metodología:

La presente jornada técnica se desarrolló en torno a una metodología vivencial participativa e intersectorial, orientada a fomentar el análisis conjunto, la identificación de oportunidades de mejora y la construcción colectiva de estrategias sostenibles para la prevención y control de la anemia materno infantil.

Esta jornada se desarrolló por medio de visitas de campo y mesas de trabajo multisectoriales:

- 1) Visitas de campo: Se desarrollaron 3 grupos multisectoriales que visitaron diferentes servicios de atención a la madre, niña y niño del distrito de Salas (centro de salud, cuna más, comedor popular, compromiso 1 y la municipalidad distrital)
- 2) Las mesas de trabajo y análisis se centraron en socializar los hallazgos de las visitas de campo y desarrollar propuestas o acciones complementarias que desde los sectores se podrían desarrollar.





© UNICEF/UNI893739/UNICEF Perú

En este espacio se contó con la participación de:

- Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional
- Dirección Regional de Salud (área de materno-neonatal, etapa vida niño, nutrición y promoción de la salud)
- Dirección Regional de Educación
- Dirección Regional de Agricultura
- Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento
- Oficina de enlace del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Programas sociales de Cuna Más, Juntos, Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales)

#### Resultados clave:

- Identificación de brechas y desafíos concretos por servicios e intervenciones clave para el abordaje de la anemia.
- Compromisos institucionales y planteamiento de medidas concretas sectoriales para promover la prevención y control de la anemia en la región.
- Propuestas de articulación y trabajo en conjunto con los diversos sectores.
- Compromiso para el trabajo conjunto y elaboración del Plan Regional Multisectorial.



Área de Imagen Institucional de Gerencia Regional de Desarrollo Social del GORE ICA



Área de Imagen Institucional de Gerencia Regional de Desarrollo Social del GORE ICA

 /UNICEFPeru

 @UNICEFperu

 /UNICEFPeru

 @unicefperu

 @unicefperu

 @unicefperu

 @UNICEFperu

 UNICEF Perú

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Noviembre 2025

Parque Melitón Porrás 350.

Apartado 0573. 15074, Perú

Teléfono: (51-1) 613 0707

<https://www.unicef.org/peru/>

[lima@unicef.org](mailto:lima@unicef.org)