

EDITORIAL

SITUACIÓN DE LA ANEMIA EN EL PERÚ: PROBLEMÁTICA DE LA ANEMIA INFANTIL

Enrique Massa Silva

Hematólogo pediatra.
Miembro Emérito de la Sociedad Peruana de Pediatría.

La anemia es una condición compleja y multifactorial, originada por diversas causas como la deficiencia de micronutrientes de origen nutricional, infecciones, procesos inflamatorios, factores obstétrico-ginecológicos y trastornos hematológicos hereditarios, siendo la deficiencia de hierro la causa más frecuente.

Esta condición afecta principalmente a grupos vulnerables, como lactantes, niños, mujeres embarazadas o en periodo posparto y adolescentes que menstrúan, especialmente en países de ingresos medios y bajos, donde predominan condiciones de pobreza y exclusión social. A nivel global, se estima que el 40% de los niños entre 6 y 59 meses, el 37% de las mujeres embarazadas y el 30% de las mujeres en edad fértil (15–49 años) padecen anemia. En 2019,

aproximadamente una cuarta parte de la población mundial, equivalente a 1.8 billones de personas, presentaba algún tipo de anemia⁽¹⁾.

Uno de los efectos más relevantes de la deficiencia de micronutrientes es el daño cerebral permanente, el cual puede ocurrir durante los primeros 1,000 días de vida, considerados un periodo crítico que abarca desde la concepción hasta los dos años de edad⁽²⁻⁸⁾.

En cuanto a las causas y factores de riesgo de la anemia, es fundamental contar con información local específica de cada país, lo que permite comprender mejor su contexto epidemiológico y orientar adecuadamente las intervenciones de salud pública⁽⁹⁾.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2025 I Semestre P/

NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD CON ANEMIA, 2009 – 2025 I Semestre P/

(Porcentaje)

RM 363-2022-MINSA



Figura 1. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad, Perú, 2009–2025 (primer semestre). Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

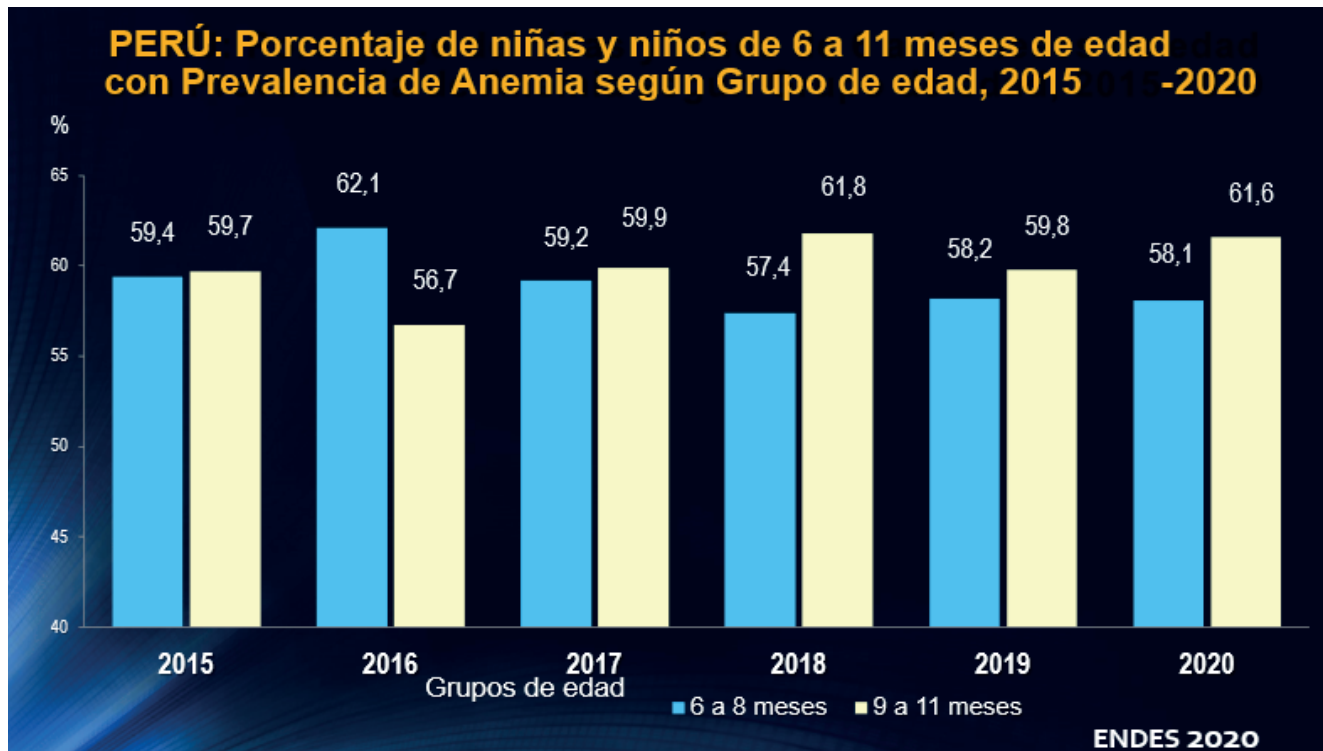


Figura 2. Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 11 meses de edad según subgrupo etario (6–8 meses y 9–11 meses), Perú, 2015–2020. Se observa una mayor prevalencia en el grupo de 9 a 11 meses en la mayoría de los años evaluados. Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Las intervenciones preventivas y terapéuticas para la anemia deben sustentarse en evidencia local, considerando las particularidades epidemiológicas y contextuales de cada población.

En el Perú, la información proveniente de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y de diversos estudios nacionales ha demostrado que, si bien la deficiencia de hierro constituye la causa más frecuente de anemia, la deficiencia de otros micronutrientes y factores adicionales representan más del 50% de su etiología.

La deficiencia de hierro en niños de 6 a 8 meses muestra variabilidad según el indicador utilizado y la región evaluada. Al emplear ferritina sérica ajustada por proteína C reactiva (PCR), la prevalencia oscila entre 15,0% en Lima y 29,9% en Puno. Resultados similares se observan al ajustar por alfa-1-glicoproteína ácida (AGP). Sin embargo, al utilizar el receptor soluble de transferrina, las prevalencias son considerablemente mayores, alcanzando hasta 38,8% en Puno.

Asimismo, el déficit de retinol sérico presenta valores relevantes en todas las regiones, destacando Cusco (18,0%) y Puno (18,8%). En cuanto a inflamación, los valores varían según el marcador utilizado, con mayores prevalencias al evaluar mediante PCR en Cusco (18,7%) y mediante AGP en Lima (12,9%). Estos hallazgos evidencian la participación de múltiples deficiencias nutricionales y procesos inflamatorios en la etiología de la anemia (tabla 1)⁽¹⁴⁾.

Los programas nacionales de lucha contra la anemia infantil en el Perú se han basado principalmente en la administración de sales de hierro y micronutrientes, tanto con fines preventivos como terapéuticos. Sin embargo, en los últimos 15 años estas estrategias no han logrado reducir de manera significativa la incidencia de anemia, a pesar de los importantes esfuerzos presupuestales realizados (figuras 1 y 2)⁽⁹⁾.

En los últimos tres años, como consecuencia del incremento de la pobreza y la pobreza extrema, se ha observado un aumento de la prevalencia de anemia, con predominio en áreas urbanas⁽⁹⁾. En este contexto, resulta necesario replantear las estrategias actuales de prevención y tratamiento.

La mayor incidencia de anemia, aproximadamente el 62%, se presenta entre los 6 y 12 meses de edad, coincidiendo con el periodo de inicio de la alimentación complementaria, incluso en niños que continúan recibiendo lactancia materna. Este periodo representa una ventana crítica para intervenciones nutricionales oportunas.

A nivel internacional, un número creciente de países viene incorporando intervenciones que trascienden el enfoque limitado a la deficiencia de hierro, integrándolas en planes nacionales de nutrición más amplios⁽¹⁰⁾. En esta línea, es fundamental considerar la implementación de programas de apoyo alimentario universal y gratuito dirigidos a niños entre los 6 meses y los 3 años de edad, etapa clave para el desarrollo cerebral, con el objetivo de prevenir alteraciones cognitivas potencialmente irreversibles⁽¹¹⁾.

Tabla 1. Deficiencia de hierro, déficit de retinol sérico e inflamación en niños de 6 a 8 meses de edad en Lima, Arequipa, Cusco y Puno. Se evidencian diferencias según el biomarcador utilizado y la región evaluada. Fuente: Adaptado de Aparco JP, et al. Factores asociados a la anemia en niños menores de 5 años en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2023;40(4):395-405. doi:10.17843/rpmesp.2023.404.12573⁽¹⁴⁾.

Características	Lima		Arequipa		Cusco		Puno	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Déficit de hierro								
Según ferritina sérica ajustada por PCR ^a	76	15,0	115	22,9	84	21,0	100	29,9
Según ferritina sérica ajustada por AGP ^b	69	13,6	115	22,9	81	20,2	92	27,5
Según receptor soluble de transferrina	105	20,8	148	29,5	119	29,7	130	38,8
Déficit de retinol sérico	70	13,8	72	14,3	72	18,0	63	18,8
Inflamación								
Según PCR ^a	62	12,3	59	11,8	75	18,7	49	14,6
Según AGP ^b	65	12,9	63	12,6	54	13,5	26	7,8

* Proteína C reactiva; ^b a-1-glicoproteína ácida

En el país, la mayoría de los programas de apoyo alimentario se inician en la etapa escolar, cuando el desarrollo del sistema nervioso central ya se encuentra en una fase avanzada, lo que limita su impacto preventivo. No obstante, esto no implica suspender el uso de sales de hierro, sino más bien optimizar su utilización, recomendando su administración por periodos no mayores de seis meses, en el marco de una estrategia integral que incluya apoyo alimentario continuo hasta la edad escolar, y posteriormente su articulación con los programas existentes para esas edades.

En octubre de 2018, el Ministerio de Salud aprobó la homologación del “alimento instantáneo infantil fortificado”, compuesto por leche, cereales, 10 vitaminas y 6 minerales. Su formulación fue revisada y nuevamente aprobada en abril de 2025; sin embargo, hasta la fecha no ha sido implementado debido a limitaciones en la toma de decisiones políticas⁽¹²⁻¹³⁾.

Se espera que futuras gestiones impulsen su implementación a nivel nacional en niños entre los 6 meses y los 3-5 años, lo que podría contribuir significativamente a la reducción de la anemia en el Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. *Accelerating anaemia reduction: a comprehensive framework for action* [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 2026 Abr 6]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240074033
- Wedderburn CJ, et al. Association of maternal and child anemia with brain structure in early life in South Africa. *JAMA Netw Open*. 2022;5(12):e2244772.
- Algarin C, et al. Differences in brain connectivity in subjects with iron deficiency anemia in infancy. *Front Aging Neurosci*. 2017;9:54. doi:10.3389/fnagi.2017.00054
- Zavaleta N. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):716-22. doi:10.17843/rpmesp.2017.344.3251
- East P, et al. Iron deficiency in infancy and neurocognitive and educational outcomes in young adulthood. *Dev Psychol*. 2021;57(6):962-975. doi:10.1037/dev0001030
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). *La crisis de la alimentación infantil en los primeros años de vida* [Internet]. New York: UNICEF; 2021.
- Mattei D, Pietrobelli A. Micronutrients and brain development. *Curr Nutr Rep*. 2019. doi:10.1007/s13668-019-0268-z
- Sunardi D, et al. Dietary determinants of anemia in children aged 6-36 months. *Nutrients*. 2021;13:2397. doi:10.3390/nu13072397
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Indicadores de resultados de programas presupuestales ENDES, primer semestre* [Internet]. Lima: INEI.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). *Una alimentación para el fracaso: la crisis de la alimentación infantil en los primeros años de vida*. New York: UNICEF; 2021.
- Colegio Médico del Perú. *Informe del seminario “La anemia infantil en el Perú”*. Lima: CMP; 2023 Sep.
- Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 944-2018/MINSA. Lima: MINSA; 18 Oct 2018.
- Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 245-2025/MINSA. Lima: MINSA; 18 Abr 2025.
- Aparco JP, et al. Factores asociados a la anemia en niños menores de 5 años en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2023;40(4):395-405. doi:10.17843/rpmesp.2023.404.12573