



## ALERTA 4: Sobre PANTBC y afiliación al SIS de los pacientes con TB

---

### 1. ANTECEDENTES

Desde el año 2014, la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza de Lima Metropolitana, espacio que reúne a representantes del Estado y de la Sociedad Civil, emitió tres alertas referidas a la gestión de la TB en Lima dirigidas principalmente al Ministerio de Salud (MINSU), al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y a los Municipios de Lima Metropolitana (distrital y provincial):

- a) Primera Alerta (abril del 2014) que trata sobre la deficiente gestión del PANTBC en Lima, donde se evidenció problemas en la entrega de las canastas en los distritos, insuficientes canastas para los pacientes y debilidades en la gestión y comunicación entre las entidades competentes.
- b) Segunda Alerta (setiembre del 2015) que insistió en los problemas de abastecimiento de las canastas en algunos distritos, las brechas entre las canastas programadas y el número de pacientes de TB beneficiarios, así como el incumplimiento de la Resolución Ministerial N° 653-2014 del MINSU que incrementaba el número de raciones del PANTBC.
- c) Tercera Alerta (octubre del 2016) que llama la atención sobre el insuficiente presupuesto para implementar la canasta de alimentos del PANTB de manera adecuada y cubrir a todos los pacientes en tratamiento de TB con sus contactos o familiares, y también insistir sobre la Resolución Ministerial N° 653-2014 del MINSU emitida en agosto del 2014 que no se implementó pese a que pasaron más de dos años.

Dichas alertas fueron entregadas a las instituciones competentes. En el presupuesto del MEF del año 2017 se ha considerado la ampliación del presupuesto para cumplir con la RM 653-2014-MINSU. La demora en la implementación del nuevo presupuesto 2017, conllevó a lamentables atrasos en la entrega de la canasta mejorada a las personas con TB, y hasta fines de julio, agosto y septiembre todavía un número significativo de distritos no logró implementar la nueva canasta.

Hay diversos motivos que afectaron negativamente este derecho de entrega, entre ellos podemos mencionar la promulgación tardía del Decreto Supremo N° 114-2017-EF, recién publicado el 29 de Abril 2017 en el Peruano, éste Decreto autoriza realizar la transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017 a favor de diversos Gobiernos Locales, para el financiamiento de intervenciones sanitarias, en este caso de la Canasta PANTBC. Cabe señalar que a todos los municipios se les entregó un 10% para gastos operativos, menos a Lima a pesar que lo solicitó en varias oportunidades.

Asimismo, la RM N° 025-2017-MIDIS, que aprueba la Directiva N° 01-2017-MIDIS, modifica la implementación de la Canasta PANTBC, dando la responsabilidad a los Municipios para realizar la entrega directa de la canasta. Los municipios no tenían experiencia en esta nueva tarea y no recibieron una capacitación oportuna. Esto ha causado una serie de inconvenientes, ya que antes la canasta se entregó en cada establecimiento de salud, a los pacientes que se tratan en este Servicio. Ahora el Municipio, quien no conoce el paciente, debe entregar la canasta. Por otro lado, en la mayoría de los casos los pacientes requieren desplazarse a lugares distantes a su domicilio, que implica gastos extras, riesgo en el traslado de los víveres por robo y peso difícil de trasladar en un medio de transporte público.

El conocimiento tardío sobre el nuevo presupuesto y la entrega del mismo dificultó a los Municipios contar con una licitación pública oportuna lo que llevó a demoras serias en la atención, es así que hasta Agosto y Septiembre la gran mayoría todavía no ha cumplido en entregar la canasta mejorada. Aunque muchos han hecho un esfuerzo muy grande persisten serias debilidades y por las demoras burocráticas como el retraso de la ejecución del presupuesto del PANTB que hasta el 30 de Julio de 2017 no se hizo efectivo. Como introducir una nueva dinámica en la entrega de la Canasta, o lentitud en el área logística, cambio frecuente de funcionarios tanto en el municipio como en el sector salud.

Debido a la diversidad de productos que conforman la canasta del PANTBC, la adquisición de los mismos es más prolongada respecto al Programa de Complementación Alimentaria, y la falta de fichas técnicas emitidas por el OSCE de 5 productos, generó demora en el estudio de mercado.

La coordinación con algunos encargados del Programa TB en los establecimientos de salud, para facilitar el proceso de entrega de canastas, demanda un tiempo adicional en las acciones que realiza el personal de los gobiernos locales. Y en relación a las instrucciones alcanzadas tanto en el taller del mes de abril en el MIDIS, como en las diversas comunicaciones sobre la tarjeta de control que los PAT deben portar para verificar sus atenciones médicas y alimentarias, a la fecha los pacientes no cuentan con dicho instrumento de control.

En la Directiva N° 001-2017-MIDIS, aprobada mediante RM N° 025-2017-MIDIS, no se tiene claro el proceso de supervisión, lo cual debería definirse desde la perspectiva que el Gobierno Local según el Convenio de Gestión realiza la supervisión a los centros de Atención, ya que su atención no está concebida como directa a los PAT, la supervisión del consumo estaría a cargo de Salud.

Este año el Comité de TB de la MCLCP LM sumó otra preocupación como prioridad en la situación de los pacientes de TB: su acceso al Seguro Integral de Salud subsidiado por el Estado para cubrir un tratamiento que incluya tratamientos complementarios para su recuperación (exámenes clínicos, atención de otras especialidades). En éste sentido, en el mes de junio del presente año la Defensoría del Pueblo remitió el Oficio N° 0169-2007-DP, al Despacho Ministerial de Salud, adjuntando el Informe de Adjuntía N° 15-2017-DP/AE “Consideraciones sobre la vulnerabilidad de las personas viviendo con VIH y TBC”, donde sustenta la incorporación de las personas afectadas, en el régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS)”, previsto para las poblaciones vulnerables.

## **2. LOS PACIENTES DE TB Y EL SIS**

El Seguro Integral de Salud (SIS) es un organismo público executor (OPE) del Ministerio de Salud que tiene como finalidad dar cobertura de salud subsidiada a la población que no cuentan con

un seguro de salud, priorizando a las poblaciones en estado de pobreza, extrema pobreza y vulnerabilidad. Por ello cuenta con tipos de afiliación que en forma simplificada serían la subsidiada (SIS gratuito) y el semicontributivo (hay un aporte económico mensual del beneficiario).

La afiliación al SIS gratuito (subsidiado) tiene una serie de requisitos establecidos por ley y sobre todo después de la promulgación del DL N° 1346 de Enero 2017, donde se dispone que todo asegurado al régimen subsidiado por afiliación regular deberá contar con su clasificación socioeconómica en el Padrón General de Hogares o ser considerado como vulnerable, situación que pone en riesgo a las Personas con TB, que no cuentan con seguro alguno, ya que la afiliación al SIS no es automática, tienen que pasar por una evaluación previa evaluación hecha por los gobiernos locales y recogido en el Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH del MIDIS, muchas veces demora debido a los trámites burocráticos que tienen una duración de meses, lo que afecta especialmente a las personas con diagnóstico de TB, que requieren atención inmediata para lograr la pronta recuperación y evitar el contagio y propagación de la TB.

Los pacientes de tuberculosis mayoritariamente provienen de estratos pobres y de extrema pobreza lo cual les da derecho a la cobertura del SIS gratuito, sin embargo hay ocasiones en que su situación no es adecuadamente evaluada no calificando como beneficiario de este seguro. Así mismo hay pacientes que no logran la afiliación al SIS gratuito porque su calificación no es de extrema pobreza o población vulnerable en ese momento, no se tomó en cuenta que la tuberculosis no sólo afecta la salud de la persona sino también su economía individual y familiar exponiéndolos al riesgo de empobrecimiento por el impacto de la enfermedad.

En conclusión, el 100% de los pacientes de tuberculosis no tienen garantizado una atención integral que ofrecería un Seguro de Salud que pueda cubrir los exámenes clínicos y otros tratamientos complementarios durante el tratamiento de su enfermedad, lo cual afectaría el proceso de su recuperación y su economía familiar, y no logra disminuir el riesgo de contagio para familiares y otros.

El Comité de TB de la MCLCP LM ve urgente y necesario que para un adecuado control de la TB en el Perú y particularmente en Lima Metropolitana y el Callao que albergan el 60% de los casos reportados a nivel nacional, que el Estado garantice un tratamiento integral gratuito para todos los pacientes de TB, sin excepción.

### **3. SUSTENTOS**

Según la normativa del SIS las poblaciones en situación extrema pobreza pueden afiliarse al SIS gratuito, las cuales son determinadas por una evaluación y otros mecanismos de calificación. Sin embargo, la normativa también contempla una afiliación automática para las poblaciones consideradas en situación de vulnerabilidad, precisado en el DL N° 1164-2013 como por ejemplo gestantes, niños menores de 5 años las comunidades nativas, entre otros) porque hay una priorización hacia ellas. De la misma forma, el Comité de TB de la MCLCP LM considera que las personas en tratamiento de tuberculosis viven en un estado de vulnerabilidad desde que sufren la enfermedad independientemente de su condición socioeconómica, además de exponer a sus familiares y otros, al contagio y posterior desarrollo y propagación de la enfermedad.

Una propuesta que se maneja desde el Comité de TB es que las personas con tuberculosis sean oficialmente consideradas como población vulnerable por las siguientes razones:

- a) La tuberculosis es un problema de salud pública que afecta al Perú, sobre todo la TB resistente. Hay un compromiso del Gobierno de precisar mejor el compromiso por responder eficazmente a este problema y ello tiene que hacerse desde un abordaje integral, sobre todo en Lima –Callao que concentra el 60 % de casos de todo el Perú. Una estrategia clave es garantizar la curación de los pacientes en forma oportuna, sin pérdida de tiempos por no poder cumplir con exámenes y evaluaciones previos y esto se solucionaría con una pronta inclusión en el Seguro.
- b) La tuberculosis es una expresión de condiciones de vida que favorecen el desarrollo de la enfermedad y que empobrece más a las personas: el paciente tiene que dejar de trabajar y los familiares invertir tiempo y recursos en su recuperación. Una persona puede ser no-pobre pero las condiciones de la TB menguan directamente su economía y el de su familia empobreciéndolos.
- c) El proceso de evaluación y calificación al SIS gratuito no tiene sentido de hacerse con los pacientes de TB, además de que estos tienen defectos y demoras graves, no asegura la cobertura de todos los pacientes de TB, deberían haber por ello una afiliación automática, como existía antes de reorganizar el SIS. La demora de poder acceder a tratamientos y exámenes adecuados, incluyendo exámenes de diagnóstico y otros, afecta directamente la salud del paciente, exponiéndolo a que empeore su situación, adquiera resistencia al tratamiento o que le deje secuelas físicas de por vida que lo limiten para desempeñar actividades económicas (limitaciones en el trabajo).
- d) Un tratamiento integral de tuberculosis que no garantice que los pacientes tengan cubierto los exámenes y análisis clínicos y otros tratamientos complementarios disminuye las posibilidades de éxito en la recuperación de los pacientes. Ello impacta directamente en la salud de los pacientes pero también en la lucha contra la TB como país.
- e) Hay un compromiso declarado de lucha contra la TB de parte de los poderes del Estado: el Ejecutivo y el Legislativo. El gobierno actual expresó la lucha contra la TB como una línea importante en su gestión y en febrero del 2017 se conformó en el Congreso de la República el *Frente Parlamentario Contra la Tuberculosis* del Perú con el compromiso de hacer un seguimiento del cumplimiento de la Ley 30287, ley de Tuberculosis, y promover agendas comunes con los parlamentarios sobre este problema. Estos compromisos oficiales deben evidenciarse en las políticas que se establecen para luchar contra la tuberculosis en el Perú, y una de ellas debe dirigirse a garantizar un tratamiento completo e integral para los pacientes.

#### **4. CONCLUSIONES**

- a) Existen políticas públicas y compromisos de las autoridades frente a la situación de la TB, sin embargo la situación de la incidencia de la TB se mantiene igual, y en algunos casos se incrementa; no se evidencia la mejora de la cobertura del tratamiento y la recuperación de los pacientes.
- b) Que la condición de sufrir tuberculosis trunca las posibilidades de desarrollo socioeconómico y empobrece a la persona y a las familias de cualquier estrato social, la tuberculosis es un signo de empobrecimiento y vulnerabilidad.
- c) Que las personas enfermas de tuberculosis debe ser consideradas oficialmente como población vulnerable por el Estado y en consecuencia acceder a la afiliación automática al SIS

gratuito sin evaluación previa por el SISFOH, para garantizar una atención integral sin demoras.

- d) El Decreto Legislativo 1346 de enero 2017 afecta negativamente la afiliación automática al SIS, de las personas con TB que no cuentan con otro seguro.
- e) La no atención oportuna e integral de las personas con TB, aumenta el riesgo de contagio a otros y la propagación de la enfermedad, aumentando más el problema de salud pública en el Perú.

## **5. RECOMENDACIONES**

### **MIDIS**

- Hacer las gestiones pertinentes para incluir a las y los pacientes con TB como población vulnerable.
- Aprobar en el mes de noviembre el Modelo de Convenio de Gestión del siguiente año, a fin de remitirlo a los Municipios para que inicien el trámite respectivo.
- Realizar anualmente el requerimiento presupuestal con el número actualizado de las Personas Afectadas por Tuberculosis ( PAT)
- Revisar y actualizar la Directiva N° 001-2017-MIDIS, sobre los procesos de supervisión y otros, con participación de la Mesa PANTB de la MCLCP
- Gestionar la asignación del 10% de los gastos operativos, a fin de garantizar la operatividad del PANTBC del PCA correspondiente al Cercado de Lima, a cargo de la MML

### **MINSA**

- Elaborar el proyecto de norma legislativa sustentada para declarar a las PAT como población vulnerable.
- Hacer las coordinaciones para que el personal de salud haga la gestión directa de afiliación al SIS de los pacientes de TB, que no cuentan con otro tipo de seguro.
- Elaborar y mantener un padrón actualizado de pacientes con TB, que facilite la entrega de la canasta PANTBC oportunamente.
- A solicitud de los municipios participar en la entrega de la canasta PANTBC a las PAT, ya que solo el personal de salud conoce la situación del PAT.
- Entregar a los Municipios una copia de la tarjeta de control de las PAT referente a la entrega de la Canasta PANTBC
- Asegurar que todas las PAT están avisadas oportunamente de la entrega de la canasta, precisando hora y lugar, no solo por un aviso en Papelógrafo.
- Actualizar cada mes de abril la proyección de PAT para poder hacer la programación presupuestal para el nuevo año. Esto por distrito y el total enviándolo al MIDIS, con copia al Comité de TB de la MCLCP- LM
- Elaborar en coordinación con el gobierno local el cronograma anual de entrega de la canasta del Programa de Alimentación y Nutrición para el paciente con Tuberculosis y Familia, de acuerdo a lo señalado en el numeral 7.5.2. de la Directiva N° 001-2017-MIDIS

#### SIS

- Coordinar con el MINSA para apoyar con el sustento del proyecto de norma que incorpore de manera automática a los pacientes que padecen de TBC al SIS gratuito, en el marco de sus competencias

#### Municipios

- Declarar a la Tuberculosis como prioridad de atención en el distrito.
- Garantizar el funcionamiento del comité de gestión del PCA en forma mensual.
- Asegurar la participación del MINSA, PAT organizados del distrito y/o promotoras de salud que atienden PAT, al Comité de gestión PCA.
- Establecer coordinación constante entre MINSA y Municipalidad para evaluar cumplimiento y mejoras.
- Garantizar la gestión logística para la adquisición de alimentos que conforman la canasta del paciente con TB, para asegurar la entrega mensual de los productos de manera oportuna.
- Asegurar la entrega mensual de la canasta PANTBC, y llevar el control entre PAT existentes y número real de las canastas entregadas.
- Asegurar la firma del Convenio con el MIDIS en el primer mes de enero del año siguiente.
- Habilitar un local apropiado para el almacenamiento de los productos que conforman la canasta para el PAT.

#### RENIEC

- Emitir una norma para agilizar la atención a las personas sin DNI o con errores en su documento, para que sean atendidos oportunamente en los Establecimientos de Salud.

**18.12.17**

**APROBADO POR EL CER DE LA MCLCP-LM**