



Aportes para mejorar la atención de las personas afectadas por tuberculosis. Supervisión al programa de complemento nutricional





DEFENSORÍA DEL PUEBLO

**Aportes para mejorar la atención
de las personas afectadas
por tuberculosis. Supervisión
al programa de complemento
nutricional**

Lima, diciembre del 2018



Defensoría del Pueblo
Jr. Ucayali N° 394-388
Lima 1, Perú
Teléfono. (511) 311-0300
Fax: (511) 426-7889
Twitter: @Defensoria_Peru
E-mail: consulta@defensoria.gob.pe
Web: www.defensoria.gob.pe
Línea gratuita: 0800-15170

Primera edición: Lima, Perú, enero de 2019
300 ejemplares
Hecho el Depósito Legal en Biblioteca Nacional del Perú 2018-20265

Defensor del Pueblo: Walter Gutiérrez Camacho
Primera Adjunta (e): Eugenia Fernán-Zegarra de Belaunde

Diagramación: Troy Loayza
Corrección de estilo: Jorge Alania Vera

Impresión: Se terminó de imprimir en enero de 2019, en los talleres de Tarea Asociación Gráfica Educativa, Pj. María Auxiliadora Nro. 156 - Breña, Lima

El presente informe ha sido elaborado por Marilyn Aróstegui León, Jefa (e) del Programa de Descentralización y Buen Gobierno. La revisión estuvo a cargo de Mónica Liliana Callirgos Morales, Adjunta (e) para la Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo.

La elaboración de la base de datos se hizo con la asistencia de Liliana Mercedes Castro Valdivia y Silvia Rosa Águila Del Águila.

Se efectúa un especial agradecimiento a los/las comisionados/as de las oficinas y módulos de Atención Defensorial a nivel nacional por su colaboración en el levantamiento de la información.

ÍNDICE



Presentación.....5

CAPÍTULO I

La Tuberculosis y la necesidad de su atención.....9

1.1 La tuberculosis en cifras.....9

1.2 La protección de los derechos de las personas afectadas por la tuberculosis 14

1.3 Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia—Pantbc..... 18

CAPÍTULO II

Supervisión a la intervención del Estado para la atención de las personas con tuberculosis 23

2.1 Aspectos metodológicos..... 24

2.2. Principales resultados de la supervisión nacional..... 24

2.2.1. Atención a la población afectada con tuberculosis en los establecimientos de salud supervisados.....25

a) Captación de sintomáticos respiratorios.....	25
b) Diagnóstico de la tuberculosis.....	28
c) Tratamiento al paciente con tuberculosis.....	34

CAPÍTULO III

Funcionamiento del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia–Pantbc 41

3.1 Organización institucional de los gobiernos locales	42
3.2 Suscripción del Convenio de Gestión	45
3.3 Conformación del Comité de Gestión Local.....	47
3.4 Registro de usuarios y usuarias	49
3.5 Adquisición de los productos que conforman la canasta de alimentos	54
a) Presupuesto	54
b) Compra de los productos alimenticios	65
3.6 Almacenamiento de los productos alimenticios	71
a) En las municipalidades.....	72
b) En los establecimientos de salud.....	79
3.7 Distribución y entrega de la canasta de alimentos.....	82
3.8 Capacitación y asistencia técnica.....	87
3.9 Coordinación, monitoreo y evaluación.....	88

Conclusiones 91

Recomendaciones 97



Presentación

La tuberculosis es un grave problema de salud pública que afecta la vida de miles de personas que en su lucha por restablecer su salud, afrontan situaciones de desigualdad, estigma y discriminación, que también afectan a su entorno familiar y al ejercicio efectivo de sus derechos fundamentales.

Según la Organización Mundial de la Salud, nuestro país registra la tasa más alta de la forma más severa de tuberculosis en las Américas, la multidrogorresistente. Asimismo, al 2016, se registraron más de 31 mil casos de tuberculosis en todas sus formas, afectando, principalmente, a personas de sexo masculino en edad trabajadora.¹

En ese contexto, el Estado asume un rol fundamental para garantizar que las personas afectadas por esta enfermedad, accedan a un tratamiento gratuito que les permita recuperar su salud, pues su falta de atención podría poner en riesgo la vida de estas personas y la de su entorno.

[1] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), "Informe Anual sobre la tuberculosis 2017", Ginebra, 2017. (Consultado el 3 de julio del 2018)

No obstante, se requiere una intervención intersectorial e intergubernamental para garantizar que la persona afectada por esta grave enfermedad reciba una atención integral, que no solo incluya la atención farmacológica para la recuperación de su salud sino también un soporte nutricional que le permita afrontar la enfermedad, principalmente, a aquella en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad.

La inversión pública para atender la tuberculosis en el año 2018 ascendió a más de 400 millones de soles, de los cuales 142 millones aproximadamente, se destinaron para atender las zonas de mayor incidencia de tuberculosis a nivel nacional, como Lima, Callao, Ica, La Libertad y Loreto.

La lucha contra la tuberculosis exige serios compromisos del Estado para garantizar que las personas afectadas por esta enfermedad puedan acceder a los servicios de salud y a los programas de alimentación complementaria de manera oportuna y eficiente.

Por ello, la Defensoría del Pueblo inició una supervisión sobre la intervención del Estado en la atención de los pacientes con tuberculosis, así como en la implementación del Programa de Alimentación y Nutrición del Paciente con Tuberculosis y su Familia (Pantbc), cuyos resultados y recomendaciones forman parte del presente informe.

En la primera parte del documento se da cuenta de los resultados de la supervisión realizada en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, respecto a la captación de las personas con síntomas de tuberculosis, a la atención en el diagnóstico oportuno y al abandono al tratamiento médico.

En la segunda parte se presentan los resultados sobre el funcionamiento del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia a cargo de los gobiernos locales, que tiene como finalidad contribuir a la recuperación de la salud de la persona, a partir de la entrega de alimentos.

De acuerdo a estos hallazgos, el presente informe propone un conjunto de recomendaciones dirigidas al Ministerio de Salud, al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, gobiernos regionales, municipalidades provinciales y municipalidades distritales de Lima Metropolitana, así como a los Comités de Gestión Local.

Nuestra institución confía en que los resultados de esta investigación, contribuya a mejorar la atención integral de las personas afectadas por la tuberculosis. En este esfuerzo renovamos nuestro compromiso de coadyuvar la fortalecimiento de las estrategias y políticas del Estado en esta materia.

Walter Gutiérrez Camacho

Defensor del Pueblo



CAPÍTULO I

LA TUBERCULOSIS Y LA NECESIDAD DE SU ATENCIÓN

1.1. La tuberculosis en cifras

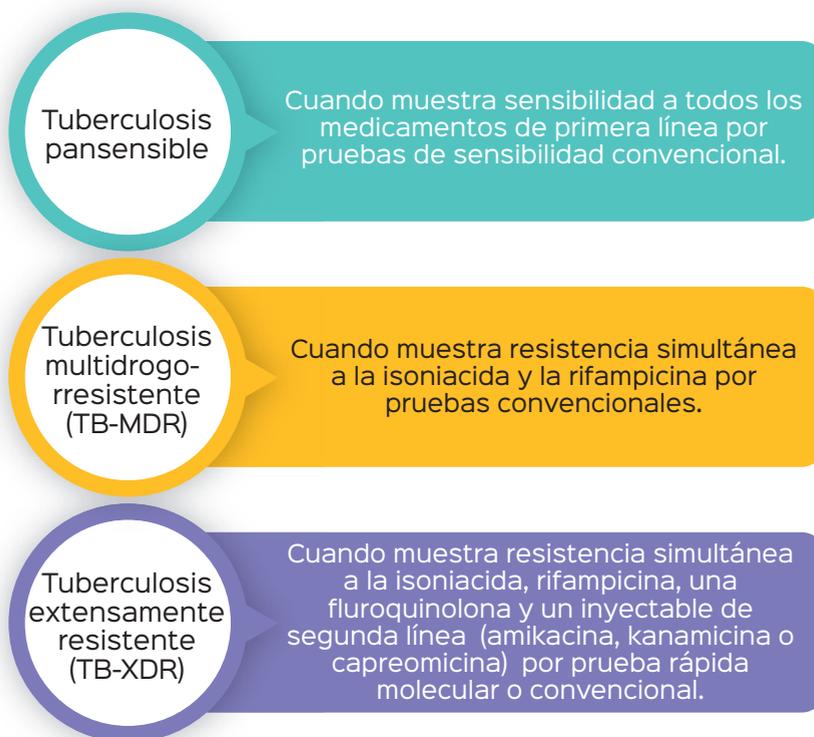
La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa provocada por una bacteria tipo bacilo denominada «*Mycobacterium tuberculosis*» que afecta al ser humano y compromete, principalmente, a los pulmones, aunque también puede afectar a cualquier otro órgano.²

Según el patrón de sensibilidad farmacológica, esta enfermedad puede ser sensible o resistente a los medicamentos antituberculosos, en cuyo caso reciben las siguientes denominaciones:

[2] Artículo 2° de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú

Gráfico N° 1

Tipos de tuberculosis, según sensibilidad a medicamentos anti-tb



Fuente: Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA
Elaboración: Defensoría del Pueblo

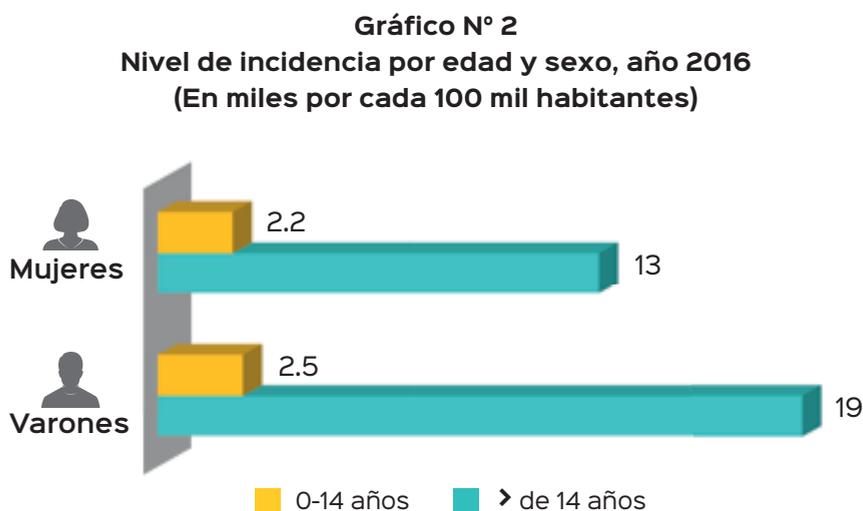
A nivel mundial, la tuberculosis representa la novena causa de mortalidad y la primera por enfermedades infectocontagiosas, por encima del VIH/Sida. En el 2016, la cifra mundial estimada de personas que contrajeron la tuberculosis ascendió a 10.4 millones. De estas, el 90% eran adultos/as, que en un 65% corresponden al sexo masculino.³

El Perú se ubica en la lista de los 30 países con las tasas más altas de tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR) en el mundo y ocupa el primer lugar en las Américas. Para el año 2016 se notificó un total de 31,079 casos de tuberculosis en todas sus formas; 29,733 casos nuevos y recaídas; 16,747

[3] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), "Informe Anual sobre la tuberculosis 2017", Ginebra, 2017. (Consultado el 3 de julio del 2018)

casos de TB pulmonar sensible; 1,299 casos de TB Multidrogorresistente; 109 casos de TB extremadamente resistente o extensamente resistente y 1,252 defunciones por esta enfermedad.⁴

La tuberculosis es una enfermedad que afecta en mayor proporción a personas de sexo masculino de edad joven y trabajadora, mientras que en menor medida lo hace en mujeres, niños y niñas. Al año 2016, se registraron 19 mil casos por cada 100 mil habitantes de varones mayores de 14 años, frente a 13 mil casos de mujeres del mismo rango de edad.⁵ En el siguiente gráfico podemos ver la incidencia diferenciada de esta enfermedad, entre varones y mujeres, por edad:

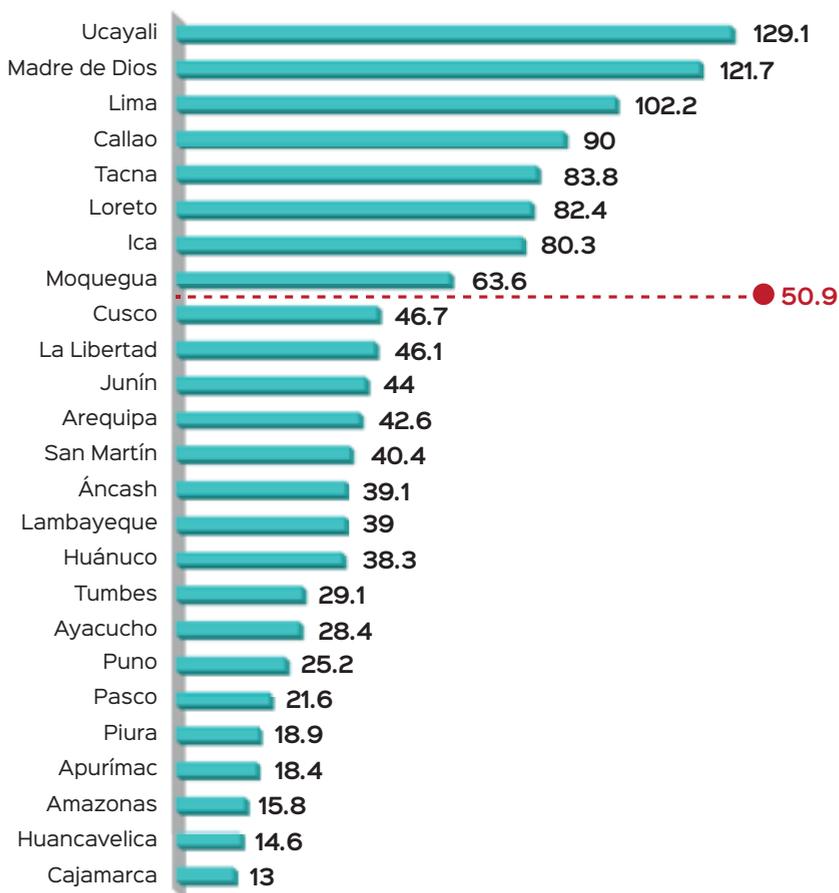


Fuente: OMS
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, en el mismo año, los departamentos que registraron niveles crecientes de incidencia de esta enfermedad fueron Ucayali, Madre de Dios y Lima, que presentaron más de 100 casos por cada 100 mil habitantes. La Provincia Constitucional del Callao, Loreto, Ica y Moquegua muestran datos similares, inclusive por encima del promedio nacional (50.6 casos por cada 100 mil habitantes), tal como se observa en el Gráfico N°3.

[4] Ídem
[5] Ídem

Gráfico N° 3
Nivel de incidencia de tuberculosis por cada 100 mil habitantes a nivel nacional



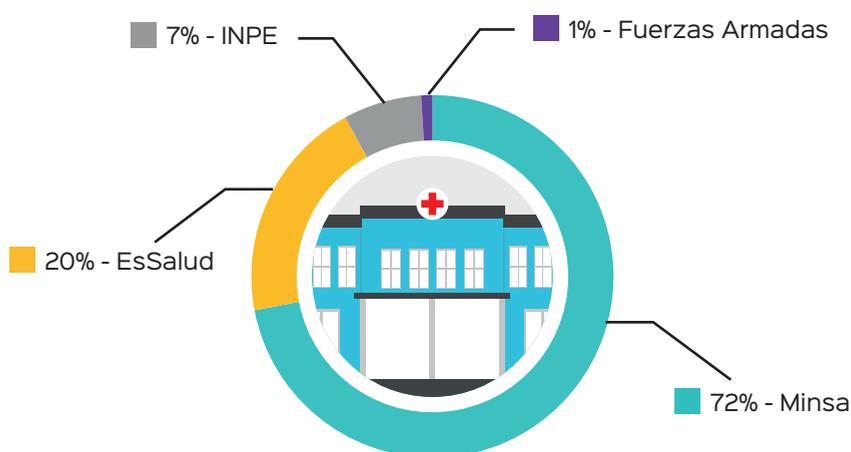
Fuente: Minsa, Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, Mapa Epidemiológico de la Tuberculosis, Año 2016.
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

El departamento de Lima concentra, aproximadamente, el 60% de población con tuberculosis a nivel nacional, cuya mayor incidencia se registra en Lima Metropolitana y en los distritos de San Juan de Lurigancho, Rímac, La Victoria, El Agustino, Ate, Santa Anita y Barranco.⁶

[6] Opc. Cit. pág.8

De otro lado, el 72% de los casos a nivel nacional de tuberculosis en sus diferentes formas es atendido por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (Minsa); el 20% en Essalud; el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (Inpe) y, en menor proporción, en las Fuerzas Armadas (FF.AA) y en la Policía Nacional del Perú (PNP). Esto responde, principalmente, a la alta demanda de atención en los establecimientos de salud del Minsa, por la condición económica de las personas afectadas por la tuberculosis que, en su gran mayoría, se encuentra en situación de pobreza o pobreza extrema y es atendida a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

Gráfico N° 4
Incidencia por entidad que atiende, año 2016



Fuente y elaboración: Ministerio de Salud

Diversos estudios sobre la tuberculosis en nuestro país dan cuenta de la relación causal existente entre el incremento de tasas de tuberculosis con algunos determinantes sociales como la pobreza, el tabaquismo, el alcoholismo, así como la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y factores socioeconómicos, como la anemia, la desnutrición, la falta de agua y saneamiento, la carencia de vivienda digna y el hacinamiento propio de ciudades con alta densidad poblacional, como es el caso de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.

Asimismo, Loreto, con un nivel de pobreza monetaria entre el 33.3% y 36.8%,⁷ registra índices de TB que superan el promedio general (50.9 casos por cada 100 mil habitantes). Por ello, las medidas que implementa el Estado para la lucha contra la tuberculosis deben estar dirigidas, además, a articular el cierre de brechas en cada uno de estos ámbitos.

Es innegable que la tuberculosis genera una carga social muy alta. Si bien su diagnóstico y tratamiento son gratuitos, la persona afectada requiere trabajar para subsistir. Sin embargo, debido a su condición clínica, encuentra dificultades para hacerlo y continúa viviendo en condiciones no dignas, sin obtener los medios necesarios para alimentarse adecuadamente o seguir el tratamiento correspondiente.

1.2. La protección de los derechos de las personas afectadas por la tuberculosis

Los derechos humanos son un conjunto de garantías jurídicas, internacionalmente reconocidas que protegen a las personas o grupos frente a acciones que interfieren con sus libertades fundamentales o que afectan la dignidad humana. Al deteriorarse la salud de las personas por la tuberculosis y verse expuestas ellas a situaciones de desigualdad, estigma y discriminación, se afecta el ejercicio de sus derechos humanos.

El artículo 25° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure buena salud y bienestar, así como alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica necesaria.

Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc) reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, e insta a los Estados miembros a adoptar las medidas necesarias para la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, así como a luchar contra ellas.

En ese sentido, nuestra Constitución Política en su artículo 7°, contempla que toda persona tiene derecho a la protección de su salud y

[7] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), Informe Técnico "Evolución de la Pobreza Monetaria 2007-2017", Lima, abril 2018, pág. 48.

bienestar, para lo cual el Estado se organiza a través de las instituciones competentes.

Por lo tanto, corresponde al Estado garantizar el acceso universal a prestaciones de salud para la atención de la tuberculosis, no solo cuando la cepa es sensible, sino también cuando es resistente a los medicamentos antituberculosos, ya que repercute de modo particularmente pernicioso en la vida de las poblaciones vulnerables.⁸

Asimismo, como parte del derecho a la salud, es deber del Estado dictar las medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica. En consecuencia, el derecho a la salud de las personas con tuberculosis debe ser abordado en tres perspectivas: la salud de cada persona en particular, dentro de un contexto familiar y en el contexto comunitario.⁹

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la atención a las personas afectadas por la tuberculosis bajo un enfoque de derechos, implica reconocer que el beneficiario directo de la atención estatal es la persona enferma y que, consiguientemente, se le deberá brindar asistencia teniendo en cuenta sus derechos y su bienestar.

Por ejemplo, las personas afectadas por dicha enfermedad, tienen derecho a recibir orientación y un tratamiento que cumpla las normas internacionales de calidad, así como a no ser objeto de estigmatización ni discriminación y a establecer redes de apoyo entre afectados, afiliarse a ellas y beneficiarse de una representación sujeta a rendición de cuentas.

No obstante, la atención centrada en la persona también reconoce que los pacientes no son las únicas personas cuyos derechos e intereses se deben proteger. Es igualmente importante tener en cuenta a las personas que no reciben atención y a los familiares y contactos de los pacientes que presentan un mayor riesgo de contagio, así como a la comunidad en general, que está expuesta a los riesgos del fracaso en el diagnóstico.

La tuberculosis es una enfermedad que se puede curar si la persona afectada recibe un tratamiento adecuado. Esta enfermedad, desde la forma

[8] Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22° período de sesiones, 25 de abril a 12 de mayo del 2000, fundamento 31.

[9] TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, Exp. 02016-2004-AA, sentencia de 5 de octubre de 2004, fundamento 29, en: <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02016-2004-AA.pdf> (consultada el 20 de agosto 2018).

más sensible hasta la extremadamente resistente, se trata mediante la administración de una combinación de medicamentos durante un tiempo determinado, que debe ir acompañada de consejería y supervisión a cargo del personal de salud. Sin embargo, el tratamiento médico se debe complementar con el apoyo nutricional, para alcanzar la efectiva recuperación de la salud de la persona y evitar que recaiga en la enfermedad.

Por ello, conocer el estado nutricional de la persona afectada por el bacilo de koch ayudará a determinar aspectos relacionados a las deficiencias dietéticas, como la pérdida del peso y el apetito, pérdida de masa muscular por degradación de las proteínas como respuesta corporal a la infección, cambios en el metabolismo de los macronutrientes (proteínas, carbohidratos y grasas) y la pérdida de electrolitos a consecuencia de afecciones diarreicas propias de la enfermedad. Inclusive el deterioro de la inmunidad por deficiencia de minerales de Zinc, Hierro, Selenio y las vitaminas A, D y E, pueden ser determinantes para la resistencia a la tuberculosis.¹⁰

Asimismo, se debe tener en cuenta que la desnutrición, así como la comorbilidad ocasionada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o la diabetes, son factores de mayor riesgo y, por lo tanto, el apoyo nutricional es fundamental.

En ese sentido, para combatir la tuberculosis se requiere de una intervención intersectorial e intergubernamental, que no solo garantice la atención de salud para el diagnóstico y tratamiento, sino que desarrolle e implemente estrategias para brindar un soporte nutricional a las personas afectadas.

La Ley N° 30287,¹¹ Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú y su reglamento,¹² regulan los mecanismos de articulación entre las entidades del Estado involucradas en la prevención y el control de la tuberculosis, para garantizar la cobertura y la continuidad de la política de lucha contra esta enfermedad, cuyo reto es que las personas afectadas puedan superarla y lograr una mejor calidad de vida.

[10] CONTRERAS ROJAS, Mariela, Síntesis de la Guía, OMS, "La atención y apoyo nutricional a pacientes con tuberculosis", Boletín Instituto Nacional de Salud, 2014. (<https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/279/BOLETIN-2014may-jun-98-103.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)

[11] Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú.

[12] Aprobado por Decreto Supremo N° 021-2016-SA, publicado en el diario oficial El Peruano el 2 de diciembre del 2016.

De acuerdo a este marco normativo, se reconoce el derecho de las personas afectadas por tuberculosis a gozar de las estrategias de inclusión social implementadas por el Estado¹³ para recibir, entre otros, soporte nutricional a través de los programas sociales.¹⁴ De esa manera, se promueve su recuperación y la mejora de sus condiciones de vida,¹⁵ sobre todo de aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza.¹⁶

Asimismo, la citada ley dispuso la elaboración y aprobación de un Plan Nacional Multisectorial contra la Tuberculosis, mediante el cual se deben establecer los mecanismos de prevención y control de esta enfermedad. En ese sentido, se encargó al Ministerio de Salud —como órgano rector— liderar y coordinar su elaboración en un plazo de 180 días calendario, para su aprobación mediante decreto supremo. Sin embargo, a la fecha, aún no se cuenta con este instrumento de carácter nacional, a pesar de haber transcurrido cuatro (4) años del mandato legal que dispuso su aprobación.

En este contexto, se aprobó un Plan de Emergencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana y el Callao,¹⁷ así como un Plan de Intervención de Prevención y Control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto 2018-2020.¹⁸ No obstante, estos planes no alcanzan a todo el país y departamentos como Madre de Dios, Tacna, Moquegua, Arequipa, Cusco, Ancash, San Martín, Lambayeque y Huánuco, que registran más de 38 casos por cada 100 mil habitantes, no son atendidos. Por ello, la elaboración y aprobación de un plan de ámbito nacional requiere una urgente atención.

Por otro lado, desde la Defensoría del Pueblo se han emitido recomendaciones con la finalidad de garantizar el derecho a la salud de las personas afectadas con TB, así como de aquellas que presentan comorbilidades, como los pacientes con TB—VIH, a fin de que se las pueda incorporar como «grupos vulnerables» en el sistema subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS).¹⁹

[13] Artículo 5° de la Ley N° 30287.

[14] Artículo 6° inciso h) de la Ley N° 30287.

[15] Artículo 8 del Decreto Supremo N° 021-2016-SA.

[16] Artículo 9° numeral 9.11 del Decreto Supremo N° 021-2016-SA.

[17] Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 193-2015/MINSA de 23 de marzo de 2015.

[18] Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 247-2018/MINSA de 22 de marzo del 2018.

[19] DEFENSORIA DEL PUEBLO, Informe de Adjuntía N° 15-2015-DPI/AEE, “Consideraciones sobre la vulnerabilidad de las personas viviendo con VIH y TBC que justifican su incorporación en el Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS)”, Lima, junio 2017 (<https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Informe-de-Adjuntia-015-2017-DP-AEE.pdf>)

Finalmente, cabe indicar que una de las metas relacionadas con la salud incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030, adoptados en el año 2015, es acabar con la epidemia de la tuberculosis, por lo que es prioritario impulsar la aprobación del plan nacional, así como realizar un trabajo coordinado y articulado a nivel intersectorial e intergubernamental para alcanzar las metas propuestas.

1.3. El Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia (Pantbc)

El Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia (Pantbc) es un programa social que brinda asistencia alimentaria a las personas afectadas por esta enfermedad y a sus contactos. El objetivo de este programa es contribuir a mejorar el estado nutricional de las personas con tuberculosis y proteger a las personas de su entorno familiar. Esta asistencia se brinda a través de actividades alimentario–nutricionales, consistentes en la entrega de una canasta básica de alimentos para el paciente y cuatro (4) contactos, así como en actividades educativas y de evaluación nutricional.²⁰

El Pantbc hasta el 2002, estuvo a cargo del Instituto Nacional de Salud. En el año 2003 fue transferido al Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (Pronaa) del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Mimdes), donde se fusionó con otros programas de apoyo alimentario y nutricional existentes. De esta manera, el Pantbc se constituyó en una de las modalidades del Programa de Complementación Alimentaria (PCA), cuya finalidad es otorgar un complemento alimentario en hogares–albergues, a adultos en riesgo y a personas que desarrollan trabajo comunal.²¹ Estaba a cargo del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (Pronaa).

A partir del año 2005, en el marco del proceso de descentralización, se inició la transferencia del Programa Complementación Alimentaria a los gobiernos locales (municipalidades provinciales y municipalidades distritales de Lima Metropolitana).²²

[20] Directiva de funcionamiento de la modalidad de complementación alimentaria para la persona afectada por tuberculosis, aprobada por Resolución Ministerial N° 025-2017-MIDIS, de 17 de febrero de 2017.

[21] Resolución Ministerial N° 167-2016-MIDIS, publicada el 28 de julio de 2016.

[22] De conformidad al Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los gobiernos regionales y locales del año 2005, aprobado mediante Decreto Supremo N° 052-2005-PCM, se inició la transferencia de los programas de complementación alimentaria a cargo del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social a las municipalidades provinciales.

Con la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis),²³ como organismo rector de las políticas de desarrollo e inclusión social, se dispuso la adscripción de los distintos programas sociales a este ministerio, entre ellos el Pronaa.

Posteriormente, mediante Decreto Supremo N° 007-2012-MIDIS se dispuso la extinción del Pronaa y sus funciones fueron asumidas por la Dirección General de Descentralización y Coordinación de Programas Sociales del Midis, la cual tuvo como una de sus responsabilidades implementar las acciones correspondientes para el funcionamiento del Programa de Complementación Alimentaria–PCA y sus distintas modalidades de atención.

El Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia, es un programa ejecutado entre el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, los gobiernos locales provinciales a nivel nacional, los gobiernos locales distritales de Lima Metropolitana y los establecimientos de salud a nivel nacional.

Mediante el Decreto Supremo N° 006-2016-MIDIS,²⁴ concordante con lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 025-2017-MIDIS,²⁵ se precisan las siguientes funciones de las entidades que intervienen en la gestión del Pantbc:

Cuadro N° 1
Funciones atribuidas en la gestión del Pantbc

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Gobiernos locales	Establecimientos de Salud
<ul style="list-style-type: none">- Establecer lineamientos de gestión y medidas necesarias para el cumplimiento del PCA.- Aprobar, suscribir y supervisar el Convenio de Gestión.	<ul style="list-style-type: none">- Suscribir y cumplir el Convenio de Gestión.- Utilizar el presupuesto del PCA según el marco legal.- Asegurar la provisión oportuna de la canas-	<ul style="list-style-type: none">- Elaborar y actualizar el padrón de usuarios/as.- Recibir los alimentos en las fechas programadas y asegurar su almacenamiento adecuado.

[23] Mediante Ley N° 29792, publicada el 20 de octubre de 2011.

[24] Artículos 6°, 8° y 11° Decreto Supremo N° 006-2016-MIDIS, publicado el 6 de julio de 2016.

[25] Aprueba la Directiva de funcionamiento de la modalidad de complementación alimentaria para la persona afectada por tuberculosis.

<ul style="list-style-type: none"> - Emitir opinión técnica respecto a la gestión y administración del programa, así como sobre la asignación y transferencia de recursos presupuestarios. - Capacitar y brindar asistencia técnica a los gobiernos locales, comités de gestión local y centros de educación. - Monitorear y evaluar el cumplimiento de los gobiernos locales sobre la normativa y políticas que emita el Midis. - Comunicar al Minsa la relación de Convenios de Gestión suscritos. 	<ul style="list-style-type: none"> ta de alimentos. - Reconocer a los centros de atención que forman parte del PCA. - Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los centros de atención del PCA. - Asegurar la instalación del Comité de Gestión Local. - Informar al Comité de Gestión Local la ejecución presupuestal del PCA. - Remitir e informar al Midis el cumplimiento de metas del PANTBC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la entrega del complemento alimentario. - Realizar actividades para la mejora del servicio y el incremento de sus ingresos autónomos.
--	---	---

Fuente: Resolución Ministerial N° 025-2017-MIDIS
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

En ese sentido, la entrega de la canasta de alimentos, de manera mensual para el paciente con tuberculosis y cuatro (4) de sus contactos intrafamiliares, se encuentra a cargo de la municipalidad correspondiente, entidad que deberá garantizar que se cumpla con la provisión oportuna de todos y cada uno de los alimentos y que estos reúnan los valores nutricionales requeridos para una persona afectada por tuberculosis, con el objetivo de cooperar en su recuperación y reinserción social.

Asimismo, el establecimiento de salud que es responsable de brindar el tratamiento a los pacientes afectados por la tuberculosis, deberá proporcionar a la municipalidad información actualizada sobre la relación de los pacientes que reciben tratamiento regular, a fin de que sean incluidos como usuarios/as del Programa y reciban la canasta básica de alimentos que les permita restablecer las afectaciones a su salud, producidas por esta enfermedad. Asimismo, también le corresponde realizar la evaluación nutricional al paciente afectado para determinar el

progreso del tratamiento antituberculoso y el impacto de la canasta de alimentos.

Finalmente, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social como ente rector en materia de la política de inclusión social, deberá aprobar los lineamientos normativos y técnicos requeridos para la adecuada implementación del Pantbc, así como brindar capacitación y asistencia técnica requerida a las entidades intervinientes y realizar de manera permanente el monitoreo, evaluación y seguimiento del cumplimiento de los objetivos del Programa y su impacto en las personas afectadas por la tuberculosis.



CAPÍTULO II

SUPERVISIÓN A LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS

La Defensoría del Pueblo, en el marco de su labor de defensa de los derechos constitucionales y fundamentales de la persona, tiene como línea de atención prioritaria la protección y defensa del derecho a la salud de las personas, priorizando su intervención en grupos vulnerables como las personas afectadas por la tuberculosis, quienes luchan por superar la enfermedad y mejorar sus condiciones de vida.

El presente informe tiene por finalidad promover el ejercicio del derecho a la vida y la salud de las personas con tuberculosis. Ello a partir de recomendaciones que contribuyan a mejorar la atención de los pacientes con tuberculosis en los establecimientos de salud, así como a mejorar el funcionamiento del Programa de Alimentación Complementaria para los Pacientes con Tuberculosis y sus Familias (Pantbc), a cargo de las municipalidades provinciales en el interior del país y de las municipalidades distritales en Lima Metropolitana.

2.1. Aspectos metodológicos

La supervisión se realizó entre el 9 y el 30 de noviembre del 2017. Se recabó información a través de la aplicación de fichas de supervisión aplicadas por los comisionados y comisionadas de Oficinas Defensoriales y Módulos de Atención Defensorial a los siguientes funcionarios o funcionarias:

- Responsable de la gestión de programas sociales en las municipalidades provinciales a nivel nacional y municipalidades distritales de Lima Metropolitana.
- Responsable de la estrategia sanitaria de lucha contra la tuberculosis en los establecimientos de salud.

Asimismo, cabe señalar que se supervisó un total de 70 municipalidades provinciales y distritales a nivel nacional (56 municipalidades provinciales y 14 municipalidades distritales de Lima Metropolitana), según el detalle del Anexo N° 1.

Del mismo modo, se supervisaron 72 establecimientos de salud a nivel nacional, de los cuales el 64% corresponde al primer nivel de atención, el 33% al segundo y solo un 3% al tercer nivel de atención, conforme al detalle del Anexo N° 2.

Por otra parte, se obtuvo información presupuestal a través de la Consulta Amigable del Ministerio de Economía y Finanzas que se encuentra actualizada a noviembre del 2018. También se solicitó información complementaria a la Dirección General de Articulación y Coordinación de las Prestaciones Sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, actualizada a abril del 2018.

2.2. Principales resultados de la supervisión nacional

Los resultados de la supervisión realizada a los establecimientos de salud y a las municipalidades provinciales y distritales visitadas, están referidos a los siguientes aspectos:

- Atención a la población afectada por la tuberculosis, en lo que se refiere a la identificación y captación de sintomáticos respiratorios, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

- Funcionamiento del Programa de Alimentación y Nutrición para el paciente con tuberculosis y su familia, organización institucional, presupuesto, proceso de compra de los productos, condiciones de almacenamiento, distribución, entrega de los productos alimenticios a los/las usuarios/as y la coordinación, evaluación y monitoreo del Pantbc.

2.2.1. Atención a la población afectada por tuberculosis en los establecimientos de salud supervisados

Según el artículo 3º de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, la persona con tuberculosis tiene derecho a acceder a una atención integral, continua, gratuita y permanente de salud, brindada por el Estado, a través de todos los establecimientos de salud. La atención integral comprende la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención especializada, según corresponda.

Asimismo, a través de la Norma Técnica de Salud N° 104-MINSA/DGSP-V.01, para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA,²⁶ se define los criterios técnicos y operacionales para la detección, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en las instituciones públicas y privadas del sector salud a nivel nacional.

En ese sentido, para el presente informe hemos considerado abordar las etapas para la identificación de sintomáticos respiratorios y el tratamiento de las personas afectadas por la tuberculosis, observando lo siguiente:

a) Captación de sintomáticos respiratorios

La infección causada por la *Mycobacterium tuberculosis* se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos de tuberculosis por el aire. La persona que desarrolla la tuberculosis activa presenta tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, entre otros síntomas. Una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo.²⁷

[26] Publicado en el diario oficial El Peruano el 14 de noviembre de 2013.

[27] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Datos y Cifras de la Tuberculosis, Nota publicada el 18 de setiembre del 2018. Consultado el 28 de octubre del 2018, disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

De acuerdo a la norma técnica, la detección de los sintomáticos respiratorios consiste en identificar, mediante la búsqueda permanente y sistemática, personas que presentan tos y flema por 15 días o más. Para la identificación y captación de la persona que presenta síntomas probables de tuberculosis, el establecimiento de salud debe solicitar dos muestras de esputo para la prueba de baciloscopia, previa información al usuario/a respecto del procedimiento para recolección de la primera y segunda muestra de esputo. Cabe precisar que la baciloscopia consiste en el examen microscópico de muestras de esputo por técnicos de laboratorio para detectar la presencia de la bacteria.

Esta es una labor permanente, continua y obligatoria en los establecimientos de salud, que se debe realizar al atender a los pacientes, independientemente de la causa que origina la consulta médica. La detección oportuna de la tuberculosis, favorecerá a los afectados para que puedan iniciar inmediatamente el tratamiento y, consecuentemente, reducir la secuela que pueda dejar la enfermedad, así como los riesgos de contagio y propagación de la bacteria en el ámbito familiar y comunitario.

Al respecto, como se muestra en el Gráfico N° 5, en la supervisión realizada se advirtió que los establecimientos de salud aplican más de una estrategia para la identificación del sintomático respiratorio. De los 72 establecimientos de salud supervisados, en el 90% de ellos señalaron que realizan la captación de estos durante las consultas médicas externas, en el 78% mediante visitas domiciliarias en zonas de mayor incidencia de tuberculosis, mientras que en el 67% en las campañas de sensibilización y solo en el 17% a través de visitas a instituciones educativas, establecimientos penitenciarios o a centros de formación castrense de la Policía Nacional del Perú y el Ejército Peruano.

Gráfico N° 5
Acciones para la captación de sintomáticos respiratorios

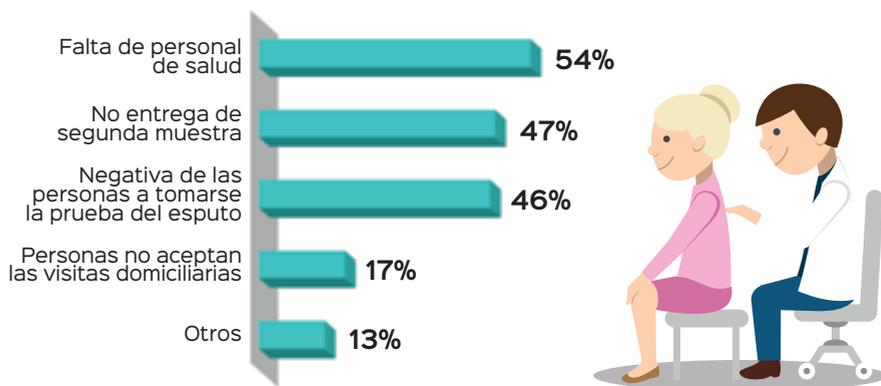


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

La identificación y captación de los sintomáticos respiratorios es un reto para los establecimientos de salud. Según la meta establecida por el sector, se espera que un 5% de las atenciones en las consultas de los servicios de salud correspondan a sintomáticos respiratorios, que deben ser identificados a través de la búsqueda activa. En el el 2016 se identificó a 1,971,475 sintomáticos respiratorios, que representa el 3% de las atenciones de los servicios de salud, estimándose que aproximadamente 1,330,297 personas con síntomas respiratorios quedaron sin ser identificados y examinados para descartar tuberculosis.²⁸

En la supervisión realizada, conforme se muestra en el Gráfico N° 6, en el 54% (39) de los 72 establecimientos de salud supervisados –más de la mitad– señalaron que la principal dificultad que afrontan es la falta de personal para la realización de visitas domiciliarias a zonas estratégicas, lo cual involucra el desplazamiento y ausencia del personal del establecimiento de salud. Asimismo, en el 47% (34) de establecimientos de salud indicaron como dificultad la falta de colaboración de los sintomáticos respiratorios para la realización del diagnóstico, debido a que no entregan la segunda muestra de esputo, mientras que en el 46% indicaron que las personas se niegan a tomarse la muestra (principalmente en casos vinculados a drogadicción).

Gráfico N° 6
Dificultades para la captación de sintomáticos respiratorios



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

[28] Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto 2018 – 2020, aprobado por Resolución Ministerial 247-2018/MINSA.

Asimismo, en el 17% de los establecimientos de salud indicaron que las personas no aceptan las visitas domiciliarias por parte del personal de salud. Ello, podría estar relacionado con el estigma y la discriminación de las que son víctimas las personas afectadas por la tuberculosis. Otras dificultades que señalaron en el 13% de los establecimientos de salud es la distancia de las viviendas, pues la falta de personal o de presupuesto no permite al personal de salud trasladarse para recabar las muestras de esputo y realizar el respectivo análisis. Asimismo, la constante migración interna de la población en el ámbito territorial del establecimiento de salud también es una limitante para la identificación de personas con posibles síntomas de tuberculosis.

b) Diagnóstico de la tuberculosis

La evaluación de un probable caso de tuberculosis consiste en la realización de una evaluación exhaustiva dirigida a identificar signos y síntomas compatibles con la tuberculosis, a fin de orientar correctamente las acciones posteriores, para lo cual se obtiene dos muestras de esputo (una para el análisis bacteriológico, que consiste en un examen microscópico y, otra para el respectivo cultivo).

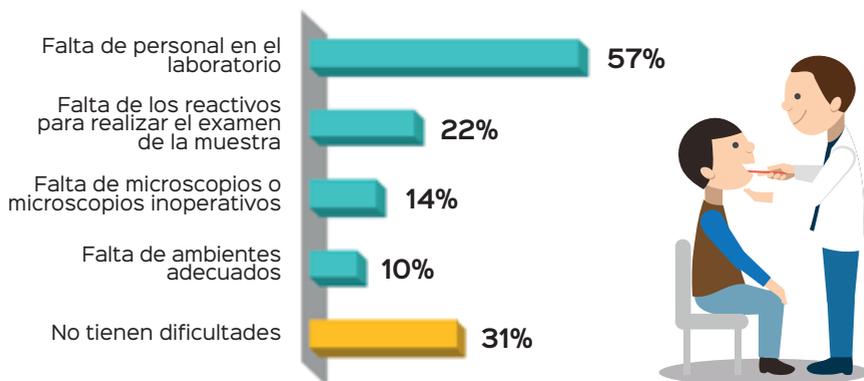
En la supervisión realizada, los 72 establecimientos de salud visitados señalaron que realizan el respectivo análisis bacteriológico a las muestras de esputo obtenidas. No obstante, en el 68% (49) el personal de salud entrevistado señaló que tienen dificultades para la obtención de los primeros resultados del análisis microscópico y en el 32% no tienen ninguna dificultad.

Según se observa en el Gráfico N° 7, las principales dificultades para la obtención de los resultados de la muestra obtenida en los establecimientos de salud son, principalmente, la falta de personal de laboratorio (57%), la falta de reactivos (22%) y la falta de implementos, como los microscopios que se encuentran inoperativos (14%). Asimismo, en el 10% de los establecimientos de salud se indicó que no cuentan con ambientes adecuados o que estos son muy reducidos, lo que no les permite atender la demanda de pruebas que tienen.

En el Centro de Salud de Poccoyay en Tacna, señalaron que la falta de personal para procesar las 100 a 200 muestras semanales que se toman en promedio, no permite contar con el diagnóstico del sintomático respiratorio en el tiempo más breve posible.

Gráfico N° 7

Dificultades para la obtención de los resultados de la muestra de esputo



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En atención a lo expuesto, dotar de los recursos logísticos y humanos necesarios a los establecimientos de salud, sobre todo a aquellos ubicados en zonas de mayor incidencia de tuberculosis como Lima, Madre de Dios y Tacna, es fundamental para la atención de esta problemática.

Por otro lado, según señala la citada norma técnica, toda muestra de esputo con baciloscopia positiva debe ser conservada en refrigeración para luego ser trasladada al Laboratorio Regional a fin de que allí se realice la respectiva prueba de sensibilidad. Esta prueba sirve para detectar la resistencia de la cepa a medicamentos antituberculosos, la cual se realiza mediante el cultivo a la muestra de esputo obtenida en la captación del sintomático respiratorio.

En la supervisión realizada se observó que los establecimientos de salud tienen dificultades para la obtención de los resultados del cultivo de la muestra de esputo. Al respecto, en el 76% de estos establecimientos de salud supervisados (55), señalaron que los cultivos de las muestras de esputo obtenidas son trasladados a otro establecimiento de salud de mayor complejidad o a los denominados laboratorios de referencia,²⁹ para el

[29] Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, para el diagnóstico oportuno de la tuberculosis a través del Instituto Nacional de Salud, se ha coordinado una red de laboratorios, el cual tiene los siguientes niveles: Laboratorio de Referencia Nacional de Microbacterias, Laboratorio de Referencia Regional (Nivel intermedio) y Laboratorios de Nivel Local (Unidades recolectoras de muestra).

respectivo análisis bacteriológico; es decir, estos establecimientos recaban las dos muestras de esputo y el análisis bacteriológico lo realizan en laboratorios que forman parte de otros establecimientos de salud. Estos establecimientos de salud son los que se muestran a continuación:

Cuadro N° 2
Establecimientos de salud que no realizan cultivos de muestras de esputo

N°	EESS	Categoría	Departamento	Provincia	Distrito	EESS de referencia
1	Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján	II -1	Amazonas	Bagua	Bagua	Laboratorio Referencial Bagua
2	Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol de Utcubamba	II -1	Amazonas	Utcubamba	Bagua Grande	Provincia de Bagua
3	Hospital Regional Virgen de Fátima	II -2	Amazonas	Chachapoyas	Chachapoyas	Laboratorio referencial fuera del hospital
4	Centro de Salud Progreso	I -4	Áncash	Santa	Chimbote	Hospital la Caleta
5	Casma	II-1	Áncash	Casma	Casma	Hospital Eleazar Guzmán Barrón
6	Pueblo Joven Centenario	I-4	Apurímac	Abancay	Abancay	Laboratorio referencial Diresa
7	San Jerónimo	I-4	Apurímac	Andahuaylas	San Jerónimo	Hospital Sub Regional de Andahuaylas
8	Caravelí	I-3	Arequipa	Caravelí	Caravelí	Hospital de Camaná
9	Pachacútec	I-4	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca	Laboratorio Diresa de Cajamarca
10	Morro Solar	I-4	Cajamarca	Jaén	Jaén	Laboratorio Diresa de Cajamarca
11	Hospital Nuestra Señora del Rosario	II-1	Cajamarca	Cajabamba	Cajamarca	Laboratorio Diresa de Cajamarca
12	Hospital General Jaén	II-1	Cajamarca	Jaén	Jaén	Laboratorio Diresa de Cajamarca

Aportes para mejorar la atención de las personas afectadas por tuberculosis: Supervisión al programa de complemento nutricional

13	Siete Cuartones	I-3	Cusco	Cusco	Cusco	Laboratorio Regional de Arequipa
14	Santa Ana	I-4	Cusco	La Convención	Santa Ana	Hospital de Quillabamba
15	San Cristóbal	I-3	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica	Laboratorio Hospital Zacarías Correa Valdivia
16	Hospital de Pampas	II-1	Huancavelica	Tayacaja	Pampas	Laboratorio referencial de Huancavelica
17	Supte San Jorge	I-3	Huánuco	Leoncio Prado	Rupa-Rupa	Instituto Nacional de Salud
18	Puerto Inca	I-3	Huánuco	Puerto Inca	Puerto Inca	-
19	San Juan de Dios	I-3	Ica	Pisco	Pisco	DIRESA
20	La Libertad	I-4	Junín	Huancayo	Huancayo	Laboratorio Diresa de la Libertad
21	Hospital Provincial Ascope "Rosa Sánchez de Santillán"	II-1	La Libertad	Ascope	Ascope	Laboratorio del MINSA
22	El Bosque	I-3	Lambayeque	Chiclayo	La Victoria	Hospital Referencial Las Mercedes
23	Francisco Muro Pacheco	I-3	Lambayeque	Ferreñafe	Pueblo Nuevo	Hospital Regional de Lambayeque
24	Metropolitana	I-2	Lima	Lima	Santa Anita	C.S Santa Anita
25	Señor de los Milagros	I-3	Lima	Lima	Ate	Hospital Unanue
26	San Vicente	I-3	Lima	Cañete	San Vicente de Cañete	Laboratorio de la Diresa
27	Año Nuevo	I-3	Lima	Lima	Comas	Hospital Sergio Bernales-Collique
28	El Agustino	I-3	Lima	Lima	El Agustino	Laboratorio Diresa Lima Este
29	Base Huaral	I-3	Lima	Huaral	Huaral	Hospital de Huaral
30	Huaura	I-3	Lima	Huaura	Huaura	Hospital Regional de Huacho

31	Ermitaño Alto	I-3	Lima	Lima	Independencia	Centro de Salud Tahuantinsuyo Bajo del distrito de Independencia
32	Centro de Salud Pachacamac	I-3	Lima	Lima	Pachacamac	Centro Materno Infantil San José
33	Chacarilla de Otero	I-3	Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	Laboratorio Diresa Lima Este
34	Leonor Saavedra	I-3	Lima	Lima	San Juan de Miraflores	Hospital María Auxiliadora
35	México	I-3	Lima	Lima	San Martín de Porres	Instituto Nacional de Salud
36	Bellavista Perú Corea	I-4	Lima	Callao	Bellavista	Laboratorio Nivel Intermedio San Marcos
37	Tablada de Lurín	I-4	Lima	Lima	Villa María del Triunfo	Hospital María Auxiliadora
38	Hospital de Barranca	II-2	Lima	Barranca	Barranca	Hospital San Juan Bautista
39	San Juan de Miraflores	I-4	Loreto	Maynas	San Juan Bautista	Laboratorio Referencial de la Diresa
40	Cabalococha	I-4	Loreto	Mariscal Ramón Castilla	Ramón Castilla	Laboratorio Referencial de la Diresa
41	Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias"	III-1	Loreto	Maynas	Punchana	Laboratorio Referencial de la Diresa
42	Alto Libertad	I-2	Madre de Dios	Tambopata	Inambari	Laboratorio referencial Puerto Maldonado
43	Centro de Salud Jorge Chavez	I-3	Madre de Dios	Tambopata	Tambopata	Laboratorio referencial de Puerto Maldonado
44	C.S Pampa Inalambrica	I-3	Moquegua	Ilo	Ilo	Laboratorio referencial Arequipa
45	Túpac Amaru	I-3	Pasco	Pasco	Chaupimarca	Hospital Daniel Alcides Carrión
46	Comunidad Saludable	I-3	Piura	Sullana	Sullana	Centro de Salud Querecotillo

47	Los Algarrobos	I-4	Piura	Piura	Piura	Laboratorio referencial de Piura
48	Hospital Carlos Monge Medrano	II-2	Puno	San Román	Juliaca	Laboratorio Referencial de Puno
49	Hospital Moyobamba	II-1	San Martín	Moyobamba	Moyobamba	Hospital Tarapoto
50	Hospital Juanjui	II-E	San Martín	Mariscal Cáceres	Juanjui	Laboratorio H. II Tarapoto
51	Hospital Lamas	II-E	San Martín	Lamas	Lamas	Lima
52	Santa Cruz	I-2	Tacna	Candarave	Candarave	Red Salud Tacna
53	Pampa Grande	I-4	Tumbes	Tumbes	Tumbes	Laboratorio de la Diresa
54	Centro de Salud Zarumilla	I-4	Tumbes	Zarumilla	Zarumilla	Laboratorio de la Diresa
55	Fraternidad	I-3	Ucayali	Coronel Portillo	Manantay	Instituto Nacional de Salud

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar en el Cuadro N° 2, el 75% de estos establecimientos de salud corresponden al primer nivel de atención, el 24% al segundo nivel y sólo el 2% al tercer nivel.

Respecto a estos 55 establecimientos de salud, en el 80% señalaron que no tuvieron dificultades para obtener los resultados de la prueba de sensibilidad. No obstante, en el 18% manifestaron que existen demoras en la remisión de los resultados del análisis realizado a la segunda muestra de esputo por parte del laboratorio de referencia. Si bien este porcentaje solo representa a 10 establecimientos de salud supervisados, este es un serio problema, pues como hemos señalado líneas arriba, el diagnóstico oportuno de un caso de tuberculosis (según la sensibilidad a los medicamentos antituberculosos) permitirá brindar un tratamiento acorde al patrón de sensibilidad.

Según el Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y los departamentos del Callao, Ica, La Libertad y Loreto 2018-2029, a nivel nacional se identifican un promedio de 20 mil casos de sintomáticos respiratorios con frotis positivo, los mismos que requieren pruebas rápidas a fin de identificar oportunamente casos de tuberculosis

resistente, multidrogo o extremadamente resistente. No obstante, en el 2016 se realizó un 20% menos de pruebas de sensibilidad en comparación a las que se hicieron en el año 2015, debido al desabastecimiento de insumos como los necesarios para la prueba MOD (*Microscopic Observation Drug Susceptibility*).

En esa línea, la falta de insumos necesarios para la prueba de sensibilidad es sumamente preocupante, pues mientras no se conozca con la prontitud debida los resultados clínicos, la persona diagnosticada con tuberculosis frotis positivo no podrá iniciar el tratamiento médico según su patrón de sensibilidad, afectándose su salud y la de su entorno familiar y social.

Por ello, la Estrategia Nacional Prevención y Lucha contra la Tuberculosis del Ministerio de Salud, deberá prever, en coordinación con los gobiernos regionales, la dotación oportuna a los laboratorios de referencia regional de los insumos necesarios para la realización de las pruebas de sensibilidad y que los pacientes afectados puedan iniciar el tratamiento en el lapso más breve posible.

c) Tratamiento al paciente con tuberculosis

Otro de los temas de atención prioritaria para el paciente afectado con tuberculosis, es el tratamiento que recibe a través de los establecimientos de salud a nivel nacional, que le permitirán recuperarse de la enfermedad y continuar con una vida en condiciones de bienestar físico y mental. El artículo 25° del Reglamento de la Ley N° 30286, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, establece que el tratamiento de la tuberculosis es gratuito en todos los establecimientos de salud públicos. En esa línea, la Norma Técnica de Salud, para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, contempla el esquema de tratamiento que se deberá seguir, de acuerdo a cada tipo de tuberculosis diagnosticado.

De acuerdo a esta norma, la aplicación del esquema del tratamiento antituberculoso es responsabilidad del personal del establecimiento de salud y se aplica de lunes a viernes, incluido los feriados, correspondiendo al Ministerio de Salud garantizar la provisión oportuna de los medicamentos antituberculosos y los productos necesarios para el tratamiento en los establecimientos públicos de salud.

Bajo un enfoque de derechos, el tratamiento debe estar centrado en el paciente afectado por la tuberculosis, lo que implica que este debe ser accesible, aceptable y asequible. Por ello, el Estado deberá, en primera instancia, asegurar la disponibilidad de los medicamentos y luego su correcta administración. El abastecimiento de medicamentos constituye uno de los aspectos esenciales para la protección del derecho a la salud del paciente, así como para evitar la propagación de la enfermedad entre otros miembros de su familia o de la comunidad en general.

Al respecto, de los 72 establecimientos de salud supervisados durante el 2017, en 64 señalaron contar con un stock de medicamentos antituberculosos de primera línea (isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida). Sin embargo, en 8 de ellos indicaron no contar con dicho stock. Si bien esta última cifra solo comprende al 11% de los establecimientos supervisados, el impacto de una posible desatención por falta de medicamentos puede tener consecuencias letales para la vida de las personas y la de sus familias. A continuación, en el Cuadro N° 3 se muestra el detalle de los establecimientos de salud que presentaron desabastecimiento de medicamentos en el año 2017.

Cuadro N° 3
Desabastecimiento de medicamentos antituberculosos

N°	Establecimiento de salud	Categoría	Departamento	Nombre del medicamento desabastecido
1	Casma	II-1	Áncash	Isoniacida, Rifampicina, Etambutol, Pirazinamida.
2	San Jerónimo	I-4	Apurímac	Isoniacida
3	Hospital de Pampas	II-1	Huancavelica	Rifampicina
4	Hospital de Apoyo Manuel Higa Arakaki	II-I	Junín	Rifampicina, Pirazinamida
5	Centro de Salud Año Nuevo	I-3	Lima	Isoniacida, Rifampicina

6	Centro de Salud Base Huaral	I-3	Lima	Etambutol, Pirazinamida
7	Centro de Salud Ermitaño Alto	I-3	Lima	Etambutol, Pirazinamida
8	Hospital Lamas	II-E	San Martín	Isoniacida

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

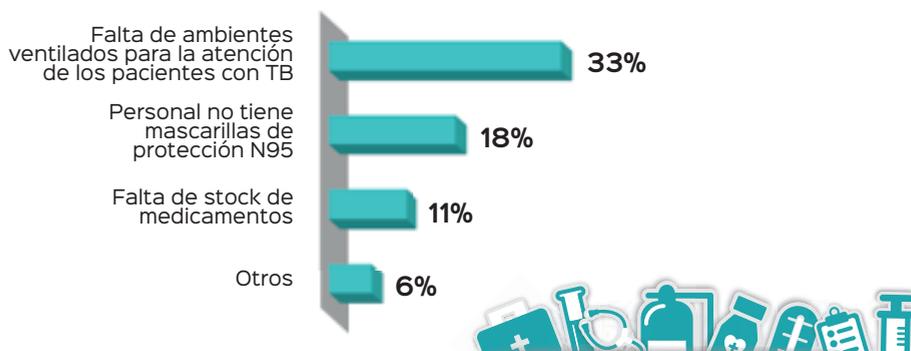
Conforme se advierte en el Cuadro N° 3, en cuatro establecimientos de salud se presentó el desabastecimiento de más de un medicamento antituberculoso de primera línea. Especial preocupación evidencia el establecimiento de salud de Casma en Ancash, el cual no contó con ninguno de los 4 medicamentos de primera línea para la TB, como consecuencia de la ocurrencia del fenómeno El Niño Costero 2017.

Por otro lado, es oportuno señalar que el éxito del tratamiento de la tuberculosis dependerá de algunas condicionantes, entre las principales, que los pacientes reciban una adecuada consejería; que el establecimiento de salud cuente con la infraestructura necesaria y con el personal suficiente e idóneo para una atención personalizada, así como, que se disponga de los medicamentos necesarios, entre otros.

Según el artículo 31° del Reglamento de la Ley N° 30518, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis, se deberá implementar y/o adecuar las instalaciones de los establecimientos de salud a los estándares de infraestructura, que permita una apropiada ventilación y asegure los recambios del aire. Asimismo, las áreas de espera de pacientes ambulatorios afectados por la tuberculosis deberán ser espacios abiertos y ventilados, en lo posible con ingreso independiente que permita garantizar una adecuada atención.

Sin embargo, en el Gráfico N° 8, se muestra que, de los 72 establecimientos de salud supervisados, en el 31% indicaron que no cuentan con ambientes exclusivos y adecuados para que el paciente pueda recibir los medicamentos. Asimismo, en el 11% de los establecimientos de salud se señaló que no cuentan con las mascarillas de protección N° 95, cuyo uso es obligatorio por parte del personal de salud. Del mismo modo, conforme señalamos precedentemente, el 17% de los establecimientos de salud supervisados no contaban con la provisión de los medicamentos antituberculosos.

Gráfico N° 8 Principales dificultades para el tratamiento de la tb



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

De otro lado, cabe señalar que, según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, la ingesta y/o administración de los medicamentos deberá ser supervisada directamente por el personal de salud y deberá realizarse todos los días de lunes a sábado, incluidos los días feriados, para lo cual el paciente deberá acudir al establecimiento de salud de manera obligatoria.

En esta línea, en la supervisión realizada, el 58% de los establecimientos de salud señalaron que una de sus principales dificultades en el tratamiento de la tuberculosis, era que los pacientes no asistían dentro del cronograma establecido para el tratamiento antituberculoso. Este porcentaje representa a 42 establecimientos de salud, de los cuales 19 se encuentran ubicados en Ucayali, Madre de Dios, Lima, Callao, Tacna, Loreto, Ica y Moquegua, departamentos que presentan niveles de incidencia de tuberculosis por encima del promedio anual.

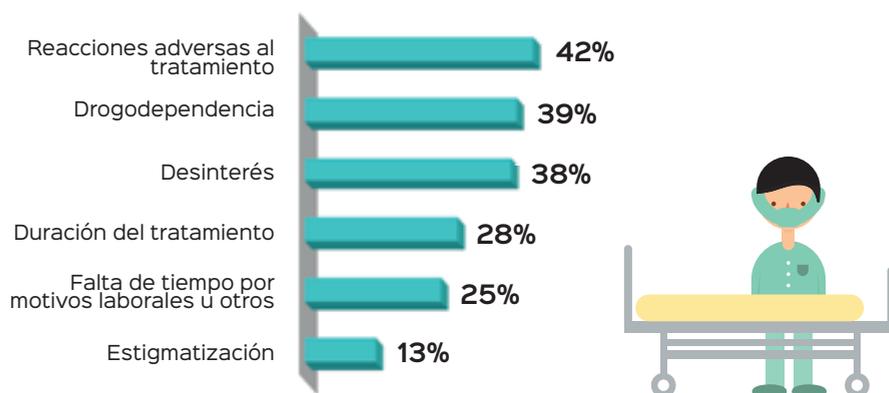
Las cifras de abandono al tratamiento médico también son preocupantes. Según la información que recoge el “Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones Priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018-2020”, en el 2015, del total de 16,927 casos de tuberculosis sensible que iniciaron tratamiento, 947 personas afectadas abandonaron. En el caso de la tuberculosis multidrogorresistente, del total de 1,414 personas que iniciaron el tratamiento en el 2015, 438 lo abandonaron. Es decir, que en estos casos los pacientes iniciaron el

tratamiento antituberculoso y lo descontinuaron por 30 días consecutivos o más o que tomaron el tratamiento por menos de 30 días y lo descontinuaron.³⁰

Respecto a las posibles razones que motivan el abandono del tratamiento, como se muestra en el Gráfico N° 9, en el 42% de los establecimientos de salud supervisados se informó que una de las principales causas del abandono, es el desánimo de los pacientes ante las reacciones adversas que presentan al tratamiento. En un 39%, los pacientes señalaron que ello responde a la estrecha vinculación entre la tuberculosis y el consumo de drogas. Por su parte, en un 38% afirmaron que existe desinterés y en un 28% que la duración del tratamiento antituberculoso es larga, lo que genera un desgaste emocional y físico en el paciente, llevándolo a abandonar el tratamiento regular. Asimismo, en el 25% manifestaron que el abandono se debía a la lejanía de sus viviendas, los tiempos de espera y los horarios de trabajo que no se adecuaban al horario de atención en el establecimiento de salud.

Finalmente, en el 13% de establecimientos de salud manifestaron que el abandono del tratamiento se debe a la estigmatización de las personas con tuberculosis, que trae como consecuencia la discriminación. Muchas personas afectadas por la enfermedad, pueden abandonar el tratamiento para evitar ser identificadas como portadores de dicha enfermedad y verse expuestas a situaciones de discriminación.

Gráfico N° 9
Principales motivos de abandono al tratamiento anti-tb



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

[30] Concepto acogido en la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis.

Se requiere implementar medidas más eficaces para afrontar la enfermedad de la tuberculosis y, sobre todo, que estas medidas se ajusten a la realidad de este grupo de especial protección. Un infructuoso tratamiento expone a los contactos familiares y la sociedad en general a adquirir la enfermedad o que el organismo del propio paciente muestre resistencia a los medicamentos antituberculosos.



CAPÍTULO III

FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA EL PACIENTE CON TUBERCULOSIS Y SU FAMILIA

El Decreto Supremo N° 006-2016-MIDIS establece las funciones que corresponden al gobierno nacional, a los gobiernos locales y a las organizaciones que participan en el Programa de Complementación Alimentaria, incluida la modalidad de Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia (Pantbc).

Asimismo, mediante la Resolución Ministerial N° 167-2016-MIDIS, Reglamento que regula el funcionamiento de las modalidades del Programa de Complementación Alimentaria y la Directiva N°01-2017-MIDIS, "Funcionamiento de la Modalidad de Complementación Alimentaria para la Persona afectada por Tuberculosis", se establecen las cuestiones operativas para la adecuada gestión del Programa, en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, los gobiernos locales y los establecimientos de salud.

En ese sentido, presentamos los principales resultados de la supervisión.

3.1 Organización institucional de los gobiernos locales

El artículo 28° de la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, señala que la organización básica de la municipalidad, en el ámbito administrativo, está comprendida por la gerencia municipal, el órgano de auditoría interna, la procuraduría municipal, la oficina de asesoría jurídica y la oficina de planeamiento y presupuesto. Esta organización está sujeta a la disponibilidad económica y los límites presupuestales asignados para gasto corriente.

Respecto a los demás órganos de línea, apoyo y asesoría, estas se establecen conforme lo determina cada gobierno local. En lo que respecta al cumplimiento de las funciones en materia de servicios sociales locales, como son la administración, organización y ejecución de programas locales de asistencia, protección y apoyo a la población en riesgo y otros que coadyuven al desarrollo y bienestar de la población³¹, cada municipalidad provincial y distrital se debe organizar para prestar estos servicios.

De las 70 municipalidades supervisadas a nivel nacional, en el 67% la gerencia/sub gerencia de desarrollo social es el órgano de línea responsable de la ejecución del Pantbc; en el 20% de municipalidades contaban con una gerencia de programas sociales y/o alimentarios y en el 13% la gestión de este Programa se encontraba a cargo de otras áreas en la misma municipalidad como la Gerencia/Sub Gerencia de Salud, Desarrollo Humano, Gerencia de Promoción Social y Económico y la Sub Gerencia de Participación Vecinal.

[31] Artículo 73° de la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.

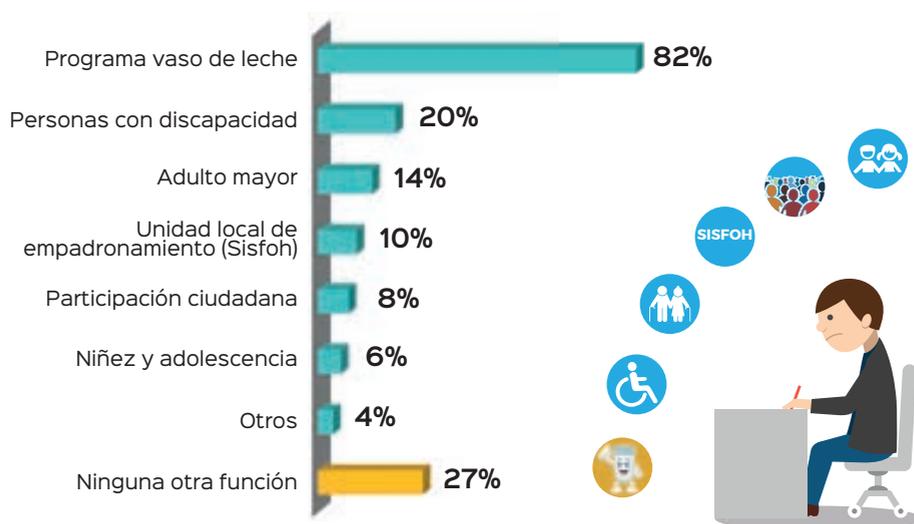
Entrevista al responsable del Pantbc en la Municipalidad de Ayacucho



Asimismo, en el 73% (51) de las municipalidades supervisadas (70), señalaron que el personal responsable de la gestión del Pantbc tiene asignada múltiples funciones, lo que, en alguna medida, no les permite hacer el seguimiento a su ejecución. Por ejemplo, en el Gráfico N° 10, advertimos que en el 82% de estas 51 municipalidades, el responsable del Programa se encarga del Programa Vaso de Leche; en el 20% trabaja temas relacionados con grupos vulnerables, como personas con discapacidad; en el 14% trabaja con adultos mayores, además de que en el 10% cumple funciones de la Unidad Local de Empadronamiento del Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh); en el 8% también dicho responsable dedica su tiempo a temas relacionados con la participación ciudadana, como la organización de audiencias públicas de rendición de cuentas o los talleres de presupuesto participativo.³² Solo en el 27%, las municipalidades supervisadas señalaron que contaban con personal exclusivo para el Programa de Complementación Alimentaria, que incluye el Pantbc.

[32] La Unidad Local de Empadronamiento (ULE) es la responsable de recibir e impulsar el trámite de las solicitudes de clasificación socioeconómica a los hogares solicitantes en el ámbito local que serán insumo para que a través del Sistema de Focalización de Hogares (Sisfoh) identifique a los potenciales usuarios/as de las distintas intervenciones del Estado en materia de desarrollo e inclusión social.

Gráfico N° 10
Otras funciones del responsable del Pantbc
Gobiernos locales

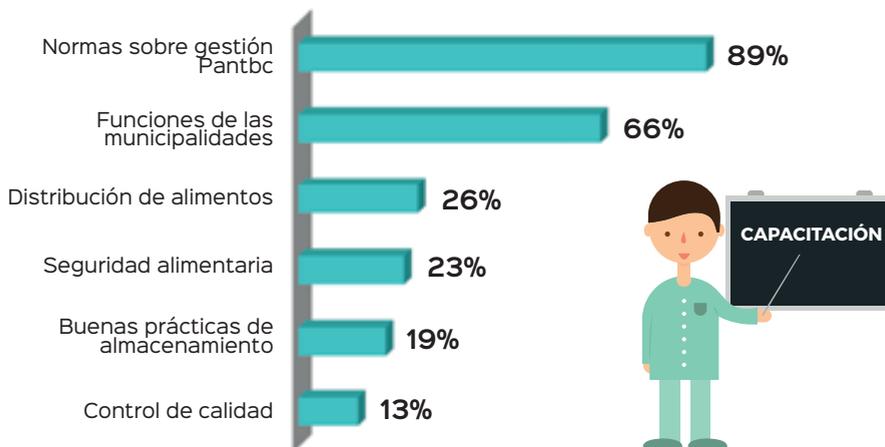


Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, el personal municipal entrevistado señaló que también tienen dificultades por la falta de especialización y capacitación en la materia. En el 24% de las municipalidades supervisadas, indicaron que no recibieron capacitación ni asistencia técnica por parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social durante el año 2017, mientras que el 76% sí recibió. Según el Gráfico N° 11, los temas de capacitación más frecuentes fueron los relacionados con las normas que regulan el funcionamiento del Pantbc (89%) y las funciones que desempeñan los gobiernos locales (66%). Sin embargo, solo en el 23% manifestaron que fueron capacitados en temas de seguridad alimentaria, en el 19% en buenas prácticas de almacenamiento y en el 13% en control de calidad.

Gráfico N° 11

Temas materia de capacitación por el Midis y otras instituciones



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

3.2 Suscripción del Convenio de Gestión

De acuerdo al literal d) del artículo 6° del Decreto Supremo N° 006-2016-MIDIS,³³ el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) anualmente aprueba el Modelo de Convenio de Gestión que deberá suscribirse con cada uno de los gobiernos locales comprendidos en la gestión del programa. Dicho convenio deberá aprobarse mediante una ordenanza municipal.

El Convenio de Gestión es necesario para que el Midis autorice las respectivas transferencias presupuestales a los gobiernos locales. En ese sentido, la no suscripción oportuna del mencionado convenio conlleva que se retrasen las gestiones para la transferencia de los recursos económicos, lo que afecta a los procesos de compra de los productos que conforman la canasta básica de alimentos y, en consecuencia, el usuario/a no podrá recibirlos oportunamente.

De acuerdo al artículo 7° del citado Decreto Supremo, con la suscripción del mencionado convenio, los gobiernos locales asumen, principalmente, los siguientes compromisos:

[33] Decreto Supremo que establece funciones que corresponden al Gobierno Nacional, Gobiernos locales y organizaciones que participan en el Programa de Complementación Alimentaria-PCA.

- Cumplir los lineamientos, directivas y/o cualquier documento de gestión que emita el Midis.
- Garantizar los objetivos y las fases operativas del Programa de Complementación Alimentaria (PCA).
- Asegurar la provisión oportuna de los alimentos a los usuarios/as.
- Asegurar la instalación del Comité de Gestión Local, dentro de los 45 días calendario de iniciado cada año fiscal.
- Informar al Comité de Gestión Local la ejecución presupuestal, el proceso de compra, distribución, supervisión y otros que se relacionen con el PCA.

Según la información brindada por la Dirección de Prestaciones Sociales Complementarias del Midis,³⁴ para el ejercicio 2017, todas y cada una de las municipalidades comprendidas en el Pantbc suscribieron el Convenio de Gestión aprobado por el Midis, mediante la Resolución Ministerial N° 010-2017-MIDIS.³⁵ No obstante, advertimos que hubo demoras en la firma. Un total de 23 municipalidades suscribió el convenio de gestión en el mes de abril y siete (7) en el mes de mayo. Cabe indicar que algunas de estas 23 municipalidades se encuentran dentro del ámbito de los departamentos con alto nivel de incidencia de tuberculosis, como Loreto, La Libertad, Lima Metropolitana y Tacna.

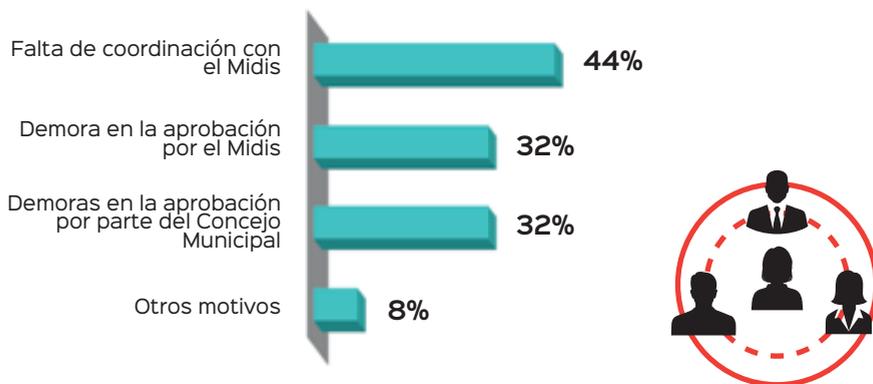
Por su parte, en el Gráfico N° 12 se muestra, que de las 70 municipalidades supervisadas, el 44% señaló que las principales dificultades que tuvieron para la suscripción oportuna del Convenio de Gestión fue la falta de coordinación entre la municipalidad y el Midis y el 32%, que hubo demora en la aprobación del modelo de convenio por parte del Midis. Asimismo, en el 32% indicaron que el Concejo Municipal no priorizó su aprobación y dos (2) municipalidades –que representan el 8% del total– indicaron que tuvieron otro tipo de dificultades.

[34] Oficio N° 055-2017-MIDIS/VMPS-DGACPS-DPSC de fecha 17 de marzo de 2017.

[35] Publicada en el diario oficial El Peruano el 17 de enero de 2017.

Gráfico N° 12

Dificultades para la suscripción del Convenio de Gestión



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Con relación al ejercicio 2018, el modelo del convenio de gestión se aprobó el 11 de noviembre del 2017, mediante Resolución Ministerial N° 254-2018-MIDIS. Según la información proporcionada por el Midis,³⁶ para este ejercicio fiscal se firmaron los convenios con el total de las 238 municipalidades provinciales y distritales de Lima Metropolitana, que tiene a su cargo el Pantbc. No obstante, 8 de estas municipalidades suscribieron el convenio en el mes de febrero del presente año (Cieneguilla, Lima Metropolitana, San Isidro, Villa María del Triunfo, Canta, Manu, Huancabamba y Contralmirante Villar). La Municipalidad Distrital de Surquillo lo suscribió en el mes de marzo y la Municipalidad Provincial Jorge Basadre en el mes de abril.

El modelo de convenio de gestión para el ejercicio 2019, aún no ha sido aprobado. Por ello, mediante el Oficio N° 051-2018-DP/AAE-PDBG³⁷ se recomendó al Midis adoptar las acciones necesarias para su pronta aprobación y publicación, conforme a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 025-2017-Midis.

3.3 Conformación del Comité de Gestión Local

Una de las responsabilidades que les corresponde a los gobiernos locales, en el marco de la ejecución del Programa de Complementación Alimentaria

[36] Según la información brindada por el Midis con el Oficio 1110-2018-MIDIS/VMPMS/DGACPS del 19 abril 2018.

[37] Oficio recibido el 7 de diciembre del 2018.

(PCA), es la conformación del Comité de Gestión Local. De acuerdo al artículo 5° de la Resolución Ministerial 167-2016-MIDIS, que aprueba el Reglamento de las Modalidades del Programa de Complementación Alimentaria, el gobierno local deberá reconocer e instalar el Comité de Gestión Local (CGL).

Este Comité es una instancia de participación conformado por seis (6) integrantes, entre ellos tres (3) son representantes de las organizaciones sociales de base, dos (2) del gobierno local y un representante de una institución pública que determinen los cinco (5) anteriores.

El Comité de Gestión Local, tiene las siguientes funciones:

- Elegir los alimentos que conforman las raciones alimentarias.
- Vigilar la ejecución de los recursos presupuestarios asignados al gobierno local para la ejecución del PCA.
- Aprobar el plan de supervisión de los centros de atención.

En la supervisión realizada, solo en 3 de las 70 municipalidades supervisadas, señalaron que no se conformó el Comité de Gestión Local, debido a la falta de participación de las organizaciones sociales y de asistencia técnica del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Es el caso de las municipalidades provinciales de Huaral y Andahuaylas y de la Municipalidad Distrital de Lurín.

Respecto a las 67 municipalidades que señalaron que contaban con estos Comités, en el Cuadro N° 4 se puede observar que 52 instalaron sus comités en el año 2017. Otras, como la Municipalidad Provincial de Sullana en Piura y la Municipalidad Distrital de El Agustino en Lima Metropolitana, instalaron su CGL en el III trimestre del año 2015. Asimismo, 9 lo instalaron en el I, III y IV trimestre del 2016. Por su parte, las Municipalidades Provinciales de Huancayo, Maynas, Arequipa y Puerto Inca no precisaron la fecha de la instalación.

Cuadro N° 4
Gobiernos locales que conformaron el Comité de Gestión Local
Según fecha de instalación

Fecha de instalación	N° de municipalidades
III trimestre 2015	2
I trimestre 2016	3

III trimestre 2016	2
IV trimestre 2016	4
I trimestre 2017	26
II trimestre 2017	11
III trimestre 2017	12
IV trimestre 2017	3
No precisa	4
Total:	67

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Respecto a los miembros que conforman dicho Comité, en el 19% de las municipalidades supervisadas señalaron que el personal de salud no forma parte del CGL y en el 81% que, dentro de los miembros, uno es representante del sector salud. Teniendo en cuenta que el PCA es un programa social de contenido alimentario, la participación activa de un especialista del sector salud en el Comité de Gestión Local es fundamental, sobre todo, porque dentro de sus funciones le corresponde garantizar que los alimentos que se elijan se ajusten a lo establecido en el Documento Técnico para la Formulación de la Ración Alimentaria del Programa de Complementación Alimentaria para la Persona Afectada por Tuberculosis, aprobada con la Resolución Ministerial N° 653-2014/MINSA.

Por otro lado, el artículo 40° de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis, concordante con el artículo 45° de su reglamento, contempla el derecho de participación de la sociedad civil en el diseño e implementación de las políticas públicas sobre la materia. En ese sentido, la norma prevé que tres (3) de los miembros del CGL sean representantes de las organizaciones sociales. Al respecto, advertimos que de las 70 municipalidades supervisadas, solo en dos, el Comité de Gestión Local está integrado por organizaciones de afectados y/o familiares de afectados con tuberculosis. Estas son las Municipalidades Provinciales de Chanchamayo y Puno, respectivamente.

3.4 Registro de usuarios y usuarias

Los usuarios/as del Pantbc son todas aquellas personas afectadas por la tuberculosis pulmonar o extrapulmonar que reciben tratamiento antituberculoso de manera regular en los establecimientos de salud.

No obstante, el numeral 6.2 de la Directiva N° 01-2017-MIDIS, que regula el funcionamiento de la Modalidad de Complementación Alimentaria para la Persona Afectada por Tuberculosis (Pantbc), aprobada con Resolución Ministerial N° 025-2017-MIDIS, contempla las siguientes condiciones de exclusión de ser beneficiario del Pantbc:

- El paciente que no recibe por lo menos tres (3) dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase o cinco (5) dosis continuas o alternadas durante todo el tratamiento farmacológico prescrito.
- El paciente que se compruebe que hace mal uso o manejo inadecuado de los alimentos, previo informe social y auditoría interna o externa.
- El paciente que no desee recibir la canasta, dejándose constancia de ello en la historia clínica.

Por su parte, el artículo 11° del Decreto Supremo N° 006-2017-MIDIS, señala que el Centro de Atención (establecimiento de salud) elabora y actualiza el padrón de usuarios/as. Bajo ese marco, los establecimientos de salud deben remitir, oportunamente, la relación actualizada de los pacientes afectados por la tuberculosis a las municipalidades, a fin de que puedan planificar adecuadamente la provisión de las canastas a los usuarios/as.

En la supervisión realizada hemos recabado información sobre si las municipalidades y los establecimientos de salud cuentan con un sistema de registro de los usuarios/as y que este se encuentre interconectado entre ambas entidades, así como con la actualización correspondiente, según lo dispuesto por la citada norma.

Así, en el Gráfico N° 13 se advierte que el 23% (16) de las municipalidades supervisadas no cuentan con un sistema de registro y el 77% (54) sí cuentan. De estas últimas, en el 81% (44) municipalidades señalaron que este sistema no se encuentra interconectado con el sistema de registro de pacientes de los establecimientos de salud involucrados. En contraste, solo 9 municipalidades provinciales (Mariscal Cáceres, Moyobamba, Parinacochas, Jaén, San Román, Cusco, San Vicente de Cañete, Bagua y Lamas) refirieron que el sistema sí se encuentra interconectado. La Municipalidad Provincial de Trujillo no precisó esta información.

Gráfico N° 13 Sistema de Registro de Usuarios/as



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

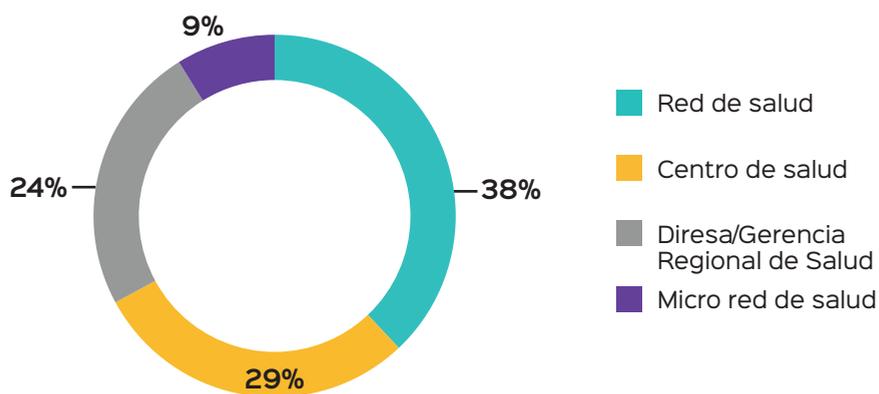
Por otro lado, el artículo 6.2. de la Directiva N° 001-2017-MIDIS, que regula el funcionamiento de la modalidad de complementación alimentaria para la persona afectada por tuberculosis (Pantbc), establece que el Ministerio de Salud (Minsa) determina y comunica al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), el número de usuarios/as del Pantbc que son atendidos durante el ejercicio correspondiente; información que sirve de base para la aprobación de las modificaciones presupuestarias a los gobiernos locales.

Sin embargo, el marco legal citado, no señala de manera clara, qué entidad o instancia del sector Salud es responsable de remitir la información de los pacientes afectados por la tuberculosis a la municipalidad respectiva, para la planificación de las canastas alimentarias. Así, por ejemplo, no queda claro si corresponde al Minsa remitir la información al Midis para que este, a su vez, la remita a las municipalidades o, a nivel regional, si corresponde a la Diresa/Geresa o a la Red de Salud o a la Micro Red o al Centro de Salud o al Puesto de Salud, remitir la información a las municipalidades. Esta situación podría generar que no se cuente con información cierta y precisa respecto al padrón de usuarios/as del Programa.

En la supervisión realizada, de las 70 municipalidades visitadas, en el 38% indicaron que la información sobre los pacientes con tuberculosis es

enviada por las redes de salud; en el 29% es remitida por los centros de salud; en el 24% por la Diresa/Geresas/Disa y en el 9% por la Micro Red de Salud. La Municipalidad Provincial de Ica no brindó información.

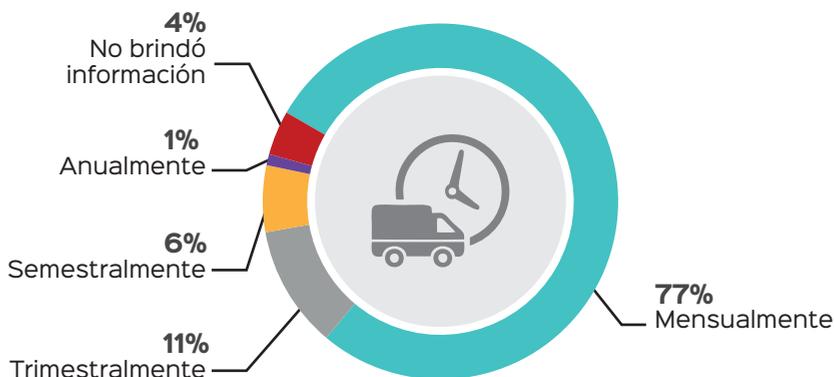
Gráfico N° 14
Entidad que remite relación de usuarios/as Pantbc



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, respecto a la periodicidad en la remisión de la información sobre al padrón de usuarios/as (pacientes que reciben tratamiento regular contra la tuberculosis), conforme se observa en el Gráfico N° 15, en el 77% de las municipalidades supervisadas señalaron que el establecimiento de salud remite la información mensualmente; en el 11%, trimestralmente, en el 6%, semestralmente (estas son las municipalidades provinciales de Tambopata, Piura, Sullana y la Municipalidad Distrital del Rímac), y solo la Municipalidad Provincial de Ascope señaló que le envían la información una vez al año. Las municipalidades de Ica, Huancayo y el Agustino no brindaron información.

Gráfico N° 15
Frecuencia en la remisión del padrón por los EESS



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Con relación a las dificultades con el padrón de usuarios/as del Pantbc, de las 70 municipalidades supervisadas, 16 señalaron que no tuvieron dificultades respecto a la relación de usuarios/as remitida por los establecimientos de salud, mientras que los 54 restantes, manifestaron que los establecimientos de salud no remiten oportunamente el padrón de usuarios/as y si lo remiten, en algunos casos la información no es precisa o no está actualizada.

Asimismo, en el 61% de las 70 de municipalidades supervisadas, señalaron que el establecimiento de salud no remite información respecto a los pacientes que concluyeron el tratamiento antituberculoso o que abandonaron el mismo —que son supuestos de exclusión contempladas en la Directiva N° 001-2017-MIDIS—, y solo en el 37% indicaron que sí cumplen con brindar esta información. La Municipalidad Provincial de Coronel Portillo (1%) no precisó este dato.

Ante ello, es de suma importancia que el establecimiento de salud actualice permanentemente la relación de los pacientes con tuberculosis, es decir, que se les excluya a aquellos que concluyeron satisfactoriamente o a aquellos que abandonaron el tratamiento antituberculoso y se incluya a los nuevos pacientes. Ello con la finalidad de que el Programa amplíe su atención y beneficie a más personas que padezcan esta enfermedad.

Por otro lado, la implementación de un sistema único de registro de los usuarios/as y su interconexión entre las municipalidades, los establecimientos de salud e incluso el Midis, facilitarían el flujo de la información de los usuarios/as del Pantbc.

3.5 Adquisición de los productos que conforman la canasta de alimentos

El proceso de compra de la canasta de alimentos se deberá realizar conforme a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado y su reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 350-2015-EF y modificatorias.³⁸

De acuerdo al artículo 8° de la citada Ley, la entidad deberá conformar un Comité de Selección que se encarga de seleccionar al proveedor que brinde los bienes y servicios que se requieran para la canasta de alimentos del paciente con tuberculosis. Para ello, la municipalidad deberá incorporar en el Plan Anual de Adquisiciones el detalle de los alimentos que se deberán adquirir en el siguiente año fiscal.

a) Presupuesto

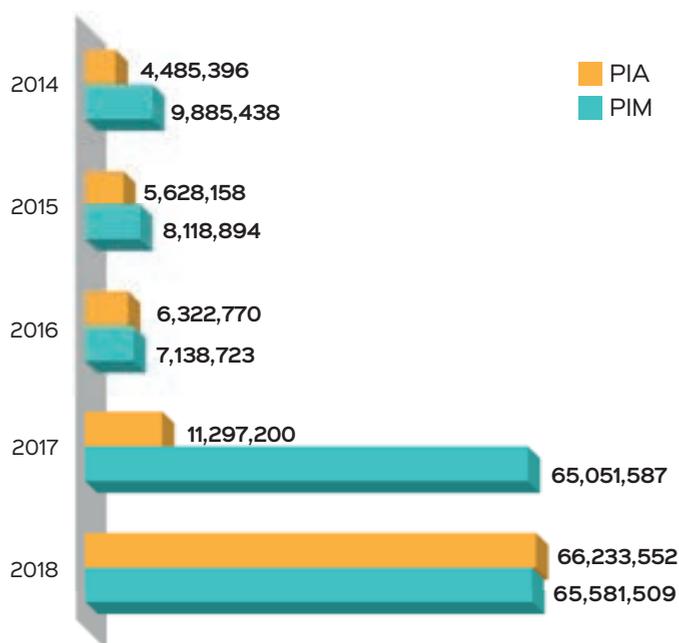
La canasta de alimentos del Pantbc se financia con los recursos provenientes del tesoro público. El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social define los criterios de su asignación y solicita al Ministerio de Economía y Finanzas la aprobación de la transferencia presupuestal a todas las municipalidades provinciales a nivel nacional y a las municipalidades distritales de Lima Metropolitana, previa suscripción del Convenio de Gestión respectivo.

Según el análisis de la evolución del presupuesto asignado al Programa de Alimentación y Nutrición para el paciente con tuberculosis y su familia (Pantbc) a nivel nacional en el periodo 2014-2018, se advierte que, año a año, este se ha ido incrementado nominalmente, con mayor énfasis en el año 2017, que se inició con un Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) de S/11' 297, 200 y en el mes de abril del mismo año, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) aprobó la transferencia hasta por la suma de S/53 '753,

[38] Modificatorias aprobadas mediante el Decreto Supremo N° 056-2017-EF, Decreto Legislativo N° 1351 y Decreto Legislativo N° 1444.

326 a 220 municipalidades a cargo del Pantbc a nivel nacional.³⁹ Con ello, el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) del 2017 alcanzó a S/65' 051, 587, monto que casi se ha mantenido para el año 2018, conforme se advierte en siguiente gráfico.

Gráfico N° 16
Evolución del presupuesto a nivel nacional del Pantbc
Periodo 2014-2018
(En millones de soles)

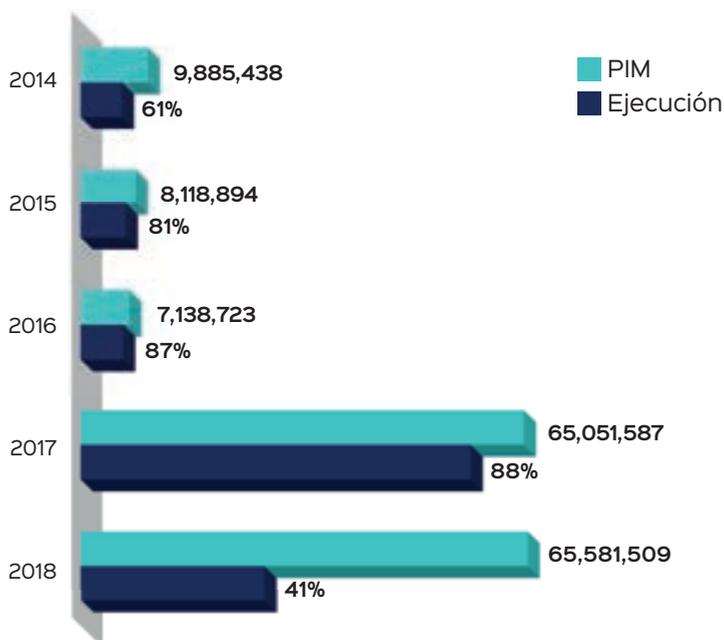


Fuente: Consulta amigable del MEF – 12 de noviembre del 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Este incremento se dio en razón de que, hasta el 2016, la cobertura de la canasta fue para el paciente con tuberculosis y dos (2) contactos intradomiciliarios y, a partir del 2017, la cobertura de la mencionada canasta abarca al paciente con TB y cuatro (4) de sus contactos intradomiciliarios.

[39] Mediante el Decreto Supremo N° 114-2017-EF

Gráfico N° 17
Ejecución del presupuesto nacional del Pantbc
Años 2014-2018
(En millones de soles)



Fuente: Consulta amigable del MEF – 12 de noviembre del 2018
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

De acuerdo al Gráfico N° 17, el promedio de la ejecución del presupuesto total asignado al Pantbc correspondiente al periodo 2014-2017, fue de 79%. Comparada la ejecución por cada año, se observa que en el 2014 solo se gastó el 61% (S/ 5,885,438) del presupuesto total, frente a los años 2015, 2016, 2017, en que se gastó el 81%, 87% y 88% del total del presupuesto, respectivamente. Con relación al ejercicio fiscal 2018, se advierte que, a noviembre del presente año, es decir a un mes de culminar el ejercicio fiscal, se ha ejecutado solo el 41% del presupuesto asignado al Pantbc.

Durante el 2017 el presupuesto asignado se incrementó exponencialmente y, si bien, las municipalidades registraron una ejecución mayor a la de los 3 años anteriores, el porcentaje de presupuesto no ejecutado fue del 12%, lo que representó S/ 7,954,019 millones. Es decir, por la falta de ejecución del

gasto, se dejó de adquirir 24 mil canastas de alimentos, aproximadamente, para un promedio de 2 mil usuarios/as por todo un año.⁴⁰

Con relación a las 70 municipalidades supervisadas, 10 municipalidades no superaron el 79% de nivel de ejecución del presupuesto. Estas fueron: Chachapoyas (45%), Chiclayo (49%), Lima Metropolitana (54%), Rímac (61%), Santa Anita (67%), Chanchamayo (69%), Huaral (70%), San Vicente de Cañete (72%), Maynas (75%) y Tayacaja (79%).

Cuadro N°5
Presupuesto ejecutado por municipalidad supervisada y por trimestre de ejecución
Año 2017

N°	Departamento	Municipalidad	PIM	Ejecución	% Ejecución	Ejecución IV Trimestre	% del PIM ejecutado IV Trimestre
1	Apurímac	Andahuaylas	S/ 44,352	S/ 44,351	100%	S/ 44,351	100.0%
2	Lima	Barranca	S/ 397,320	S/ 396,407	99.8%	S/ 393,600	99.1%
3	Ancash	Del Santa	S/ 1,263,850	S/ 1,248,186	98.8%	S/ 1,248,186	98.8%
4	Cajamarca	Jaén	S/ 244,992	S/ 240,092	98.0%	S/ 238,592	97.4%
5	Tumbes	Tumbes	S/ 199,987	S/ 199,839	99.9%	S/ 192,951	96.5%
6	Huánuco	Huánuco	S/ 397,056	S/ 381,734	96.1%	S/ 381,734	96.1%
7	Lima Metropolitana	La Victoria	S/ 1,210,176	S/ 1,210,133	100.0%	S/ 1,155,276	95.5%
8	Lima Metropolitana	Ate	S/ 2,788,896	S/ 2,622,284	94.0%	S/ 2,622,284	94.0%
9	La Libertad	Trujillo	S/ 2,201,760	S/ 2,059,781	93.6%	S/ 2,059,781	93.6%
10	Arequipa	Arequipa	S/ 1,072,925	S/ 1,002,959	93.5%	S/ 1,002,959	93.5%
11	Lima Metropolitana	Villa El Salvador	S/ 1,432,992	S/ 1,351,172	94.3%	S/ 1,335,750	93.2%
12	La Libertad	Ascope	S/ 159,272	S/ 150,338	94.4%	S/ 148,448	93.2%
13	Lima Metropolitana	San Juan de Lurigancho	S/ 6,154,368	S/ 6,046,158	98.2%	S/ 5,718,835	92.9%
14	Cajamarca	San Ignacio	S/ 43,030	S/ 39,897	92.7%	S/ 39,897	92.7%
15	Lima	Huaura	S/ 515,287	S/ 486,787	94.5%	S/ 476,337	92.4%

[40] Considerando que el costo promedio de la canasta básica de alimentos es de S/ 320, según el Anexo N° 2 del Decreto Supremo N° 114-2017-EF de fecha 29 de abril del 2017, mediante el cual se autoriza 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.

16	Junín	Satipo	S/ 494,880	S/ 477,638	96.5%	S/ 455,771	92.1%
17	Lima Metropolitana	San Martín de Porres	S/ 1,849,967	S/ 1,849,921	100.0%	S/ 1,692,865	91.5%
18	Lima Metropolitana	Pachacamac	S/ 264,000	S/ 262,737	99.5%	S/ 240,300	91.0%
19	Lima Metropolitana	Villa María del Triunfo	S/ 1,398,144	S/ 1,310,073	93.7%	S/ 1,270,760	90.9%
20	Tacna	Tacna	S/ 1,035,936	S/ 965,999	93.2%	S/ 938,506	90.6%
21	Puno	San Román	S/ 354,816	S/ 320,784	90.4%	S/ 320,784	90.4%
22	Moquegua	Ilo	S/ 245,110	S/ 233,076	95.1%	S/ 220,956	90.1%
23	Cusco	Cusco	S/ 307,921	S/ 306,900	99.7%	S/ 276,539	89.8%
24	Huánuco	Puerto Inca	S/ 70,752	S/ 70,734	100.0%	S/ 63,259	89.4%
25	Lima Metropolitana	Lurín	S/ 189,024	S/ 189,021	100.0%	S/ 168,054	88.9%
26	Piura	Piura	S/ 648,662	S/ 579,895	89.4%	S/ 575,473	88.7%
27	Lambayeque	Ferreñafe	S/ 70,752	S/ 62,139	87.8%	S/ 62,139	87.8%
28	Cajamarca	Cajamarca	S/ 103,041	S/ 89,431	86.8%	S/ 89,431	86.8%
29	Callao	Callao	S/ 3,907,462	S/ 3,644,216	93.3%	S/ 3,330,514	85.2%
30	Cusco	La Convención	S/ 274,560	S/ 233,503	85.0%	S/ 233,503	85.0%
31	Madre de Dios	Tambopata	S/ 461,304	S/ 400,329	86.8%	S/ 390,934	84.7%
32	Pasco	Pasco	S/ 75,360	S/ 63,359	84.1%	S/ 63,359	84.1%
33	Lima Metropolitana	Independencia	S/ 702,459	S/ 702,224	100.0%	S/ 587,261	83.6%
34	Lima Metropolitana	San Juan de Miraflores	S/ 1,506,912	S/ 1,491,122	99.0%	S/ 1,258,241	83.5%
35	San Martín	Moyobamba	S/ 62,304	S/ 62,303	100.0%	S/ 51,775	83.1%
36	Ucayali	Coronel Portillo	S/ 1,568,565	S/ 1,560,998	99.5%	S/ 1,269,677	80.9%
37	Huancavelica	Tayacaja	S/ 39,920	S/ 31,680	79.4%	S/ 31,680	79.4%
38	Arequipa	Camaná	S/ 104,544	S/ 104,112	99.6%	S/ 80,867	77.4%
39	San Martín	Lamas	S/ 95,572	S/ 94,114	98.5%	S/ 69,719	72.9%
40	Amazonas	Bagua	S/ 73,920	S/ 73,741	99.8%	S/ 53,105	71.8%
41	Ica	Pisco	S/ 369,600	S/ 367,195	99.3%	S/ 265,360	71.8%
42	Lima Metropolitana	El Agustino	S/ 1,253,471	S/ 1,253,471	100 %	S/ 875,963	69.9%
43	Lima	San Vicente de Cañete	S/ 1,628,807	S/ 1,179,063	72.4%	S/ 1,125,550	69.1%

Aportes para mejorar la atención de las personas afectadas por tuberculosis: Supervisión al programa de complemento nutricional

44	Junín	Chanchamayo	S/ 610,146	S/ 422,721	69.3%	S/ 412,790	67.7%
45	Arequipa	Caravelí	S/ 84,480	S/ 84,103	99.6%	S/ 54,360	64.3%
46	Ayacucho	Huamanga	S/ 219,692	S/ 216,915	98.7%	S/ 136,103	62.0%
47	Lima Metropolitana	Santa Anita	S/ 1,154,208	S/ 777,098	67.3%	S/ 714,071	61.9%
48	Ayacucho	Parinacochas	S/ 23,232	S/ 23,232	100.0%	S/ 14,110	60.7%
49	Huánuco	Leoncio Prado	S/ 344,719	S/ 344,699	100%	S/ 209,328	60.7%
50	Piura	Sullana	S/ 257,384	S/ 252,208	98.0%	S/ 154,944	60.2%
51	Loreto	Maynas	S/ 2,314,752	S/ 1,737,716	75.1%	S/ 1,387,293	59.9%
52	Lima Metropolitana	El Rímac	S/ 788,898	S/ 478,230	60.6%	S/ 472,365	59.9%
53	Junín	Huancayo	S/ 471,090	S/ 421,617	89.5%	S/ 274,338	58.2%
54	Ayacucho	Huanta	S/ 86,090	S/ 69,625	80.9%	S/ 49,620	57.6%
55	Moquegua	Mariscal Nieto	S/ 134,112	S/ 134,026	99.9%	S/ 74,783	55.8%
56	Lima	Huaral	S/ 596,248	S/ 416,928	69.9%	S/ 326,643	54.8%
57	Lima Metropolitana	Lima Metropolitana	S/1,049,664	S/ 561,949	53.5%	S/ 524,936	50.0%
58	Lambayeque	Chiclayo	S/ 1,710,720	S/ 838,633	49.0%	S/ 799,538	46.7%
59	Amazonas	Chachapoyas	S/ 27,456	S/ 12,866	46.9%	S/ 12,434	45.3%
60	Ancash	Casma	S/ 123,380	S/ 116,119	94.1%	S/ 49,020	39.7%
61	Ayacucho	La Mar	S/ 108,600	S/ 108,590	100%	S/ 39,989	36.8%
62	Huancavelica	Huancavelica	S/ 71,808	S/ 71,807	100%	S/ 23,882	33.3%
63	Apurímac	Abancay	S/ 71,808	S/ 71,808	100%	S/ 23,444	32.6%
64	San Martín	Mariscal Cáceres	S/ 51,744	S/ 51,743	100%	S/ 16,849	32.6%
65	Cajamarca	Cajabamba	S/ 6,337	S/ 6,337	100%	S/ 2,021	31.9%
66	Loreto	Mariscal Ramón Castilla	S/ 178,444	S/ 177,248	99.3%	S/ 50,905	28.5%
67	Pasco	Oxapampa	S/ 117,527	S/ 113,675	96.7%	S/ 24,374	20.7%
68	Puno	Puno	S/ 98,218	S/ 98,205	100%	S/ 9,785	10.0%
69	Amazonas	Utcubamba	S/ 72,864	S/ 72,864	100.0%	S/ 6,637	9.1%
70	Tacna	Candarave	S/ 4,224	S/ 4,224	100.0%	S/ 377	8.9%

Fuente: Consulta amigable MEF - Agosto 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Del Cuadro N° 5 se advierte que más del 51% (36) de las 70 municipalidades supervisadas, ejecutó por encima del 80% de su PIM en el último trimestre del 2017.

Respecto a la ejecución presupuestal 2018, el nivel de ejecución presupuestal también es mínimo. Catorce municipalidades de las 70 supervisadas no superaron el 14% de ejecución hasta noviembre del presente año. Estas son las municipalidades de Candarave (0%), Villa María del Triunfo (0.3%), Huanta, Cañete, Callao y Mariscal Nieto (6%), Santa (7%), Arequipa (7%), San Martín de Porres y Caravelí (9%), Huánuco (11%), Huaral, Ate (12%) y Satipo (13%).

Cuadro N° 6
Presupuesto ejecutado por municipalidad supervisada
Año 2018

N°	Municipalidad	PIM	Ejecutado	% Ejecutado
1	Municipalidad Provincial de Bagua	29,547	20,368	68.9
2	Municipalidad Provincial de Chachapoyas	18,467	12,601	68.2
3	Municipalidad Provincial de Utcubamba	49,860	36,478	73.2
4	Municipalidad Provincia del Santa	1,360,567	8,886	0.7
5	Municipalidad Provincial de Casma	168,866	102,044	60.4
6	Municipalidad Provincial de Abancay	58,436	36,469	62.4
7	Municipalidad Provincial de Andahuaylas	62,863	55,984	89.1
8	Municipalidad Provincial de Caravelí	65,519	5,732	8.7
9	Municipalidad Provincial de Arequipa	906,802	63,332	7.0
10	Municipalidad Provincial de Camaná	131,094	87,607	66.8

11	Municipalidad Provincial de Huamanga	214,290	147,382	68.8
12	Municipalidad Provincial de Huanta	94,264	5,455	5.8
13	Municipalidad Provincial de La Mar	117,933	82,095	69.6
14	Municipalidad Provincial de Parinacochas	40,594	25,911	63.8
15	Municipalidad Provincial de Cajabamba	15,581	4,721	30.3
16	Municipalidad Provincial de Cajamarca	114,912	111,968	97.4
17	Municipalidad Provincial de Jaén	195,740	101,429	51.8
18	Municipalidad Provincial de San Ignacio	64,603	43,750	67.7
19	Municipalidad Provincial del Callao	3,809,004	236,445	6.2
20	Municipalidad Provincial de la Convención	392,866	317,438	80.8
21	Municipalidad Provincial del Cusco	383,952	350,492	91.3
22	Municipalidad Provincial de Tayacaja-Pampas	64,725	51,768	80.0
23	Municipalidad Provincial de Huancavelica	83,836	79,370	94.7
24	Municipalidad Provincial de Huánuco	346,739	38,129	11.0
25	Municipalidad Provincial de Leoncio Prado	365,943	299,152	81.7
26	Municipalidad Provincial de Puerto Inca	56,545	56,522	100.0
27	Municipalidad Provincial de Pisco	340,848	170,349	50.0
28	Municipalidad Provincial de Chanchamayo	560,566	74,169	13.2
29	Municipalidad Provincial de Huancayo	480,238	70,727	14.7

30	Municipalidad Provincial de Satipo	320,159	40,731	12.7
31	Municipalidad Provincial de Trujillo	1,951,557	945,094	48.4
32	Municipalidad Provincial de Ascope	166,528	113,184	68.0
33	Municipalidad Provincial de Chiclayo	1,262,536	804,170	63.7
34	Municipalidad Provincial de Ferreñafe	66,851	16,619	24.9
35	Municipalidad Provincial de Barranca	444,983	282,071	63.4
36	Municipalidad Provincial de Cañete	1,232,927	85,833	7.0
37	Municipalidad Provincial de Huaral	1,407,274	163,986	11.7
38	Municipalidad Provincial de Huaura	744,148	178,401	24.0
39	Municipalidad Distrital de Ate	2,688,649	314,428	11.7
40	Municipalidad Distrital de El Agustino	1,945,107	736,930	37.9
41	Municipalidad Distrital de Independencia	837,006	832,606	99.5
42	Municipalidad Distrital de La Victoria	1,286,674	498,291	38.7
43	Municipalidad Distrital de Lurín	169,380	96,505	57.0
44	Municipalidad Distrital de Pachacamac	266,314	201,963	75.8
45	Municipalidad Distrital de San Juan de Lurigancho	6,918,041	2,959,351	42.8
46	Municipalidad Distrital de San Juan de Miraflores	1,737,682	1,099,781	63.3
47	Municipalidad Distrital de San Martín de Porres	1,874,401	174,880	9.3
48	Municipalidad Distrital de Santa Anita	1,072,398	386,519	36.0

49	Municipalidad Distrital de Villa El Salvador	1,592,782	494,754	31.1
50	Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo	1,668,289	4,200	0.3
51	Municipalidad Distrital del Rímac	1,097,907	318,734	29.0
52	Municipalidad Metropolitana de Lima	893,835	442,042	49.5
53	Municipalidad Provincial de Maynas	1,639,337	839,001	51.2
54	Municipalidad Provincial Mariscal Ramón Castilla	108,054	86,027	79.6
55	Municipalidad Provincial de Tambopata	377,500	309,248	81.9
56	Municipalidad Provincial de Ilo	172,260	38,563	22.4
57	Municipalidad Provincial Mariscal Nieto	289,319	18,506	6.4
58	Municipalidad Provincial de Oxapampa	58,249	53,770	92.3
59	Municipalidad Provincial de Pasco	133,719	63,998	47.9
60	Municipalidad Provincial de Piura	494,961	152,885	30.9
61	Municipalidad Provincial de Sullana	240,060	190,082	79.2
62	Municipalidad Provincial de Puno	131,220	30,596	23.3
63	Municipalidad Provincial de San Román	374,029	363,904	97.3
64	Municipalidad Provincial de Lamas	81,502	81,500	100.0
65	Municipalidad Provincial de Moyobamba	67,766	29,445	43.5
66	Municipalidad Provincial Mariscal Cáceres	82,418	47,944	58.2
67	Municipalidad Provincial de Tacna	1,056,919	391,739	37.1

68	Municipalidad Provincial de Candarave	6,890	0	0.0
69	Municipalidad Provincial de Tumbes	175,956	175,213	99.6
70	Municipalidad Provincial de Coronel Portillo	1,516,546	746,259	49.2

Fuente: Consulta amigable MEF – 12 de noviembre 2018
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, de acuerdo al artículo 7.4 del Decreto Supremo N° 008-2007-EF,⁴¹ “Lineamientos para la Distribución y Ejecución de los Fondos Públicos de los Gobiernos Locales provenientes de la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios”, los gobiernos locales podrán disponer del 10% del presupuesto transferido para financiar los gastos de gestión en la ejecución del Programa de Complementación Alimentaria (PCA), entre ellos el Pantbc. Ello en concordancia con el artículo 7.5.3 de la Directiva N° 001-2017-MIDIS, que establece que, de manera directa, el encargado del PCA de la municipalidad provincial/distrital entrega la canasta de alimentos a los pacientes con tuberculosis y su familia.

Sin embargo, esta disposición no incluye a la Municipalidad Metropolitana de Lima, que deberá coordinar previamente con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social y el Ministerio de Economía y Finanzas para su aprobación a través de un Decreto Supremo, el cual hasta la fecha aún no se ha emitido, pese al requerimiento realizado por dicha Comuna.⁴²

Finalmente, es necesario que el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social cumpla con realizar el monitoreo y supervisión permanente sobre la adecuada y oportuna ejecución del presupuesto destinado al Pantbc, a fin de garantizar que la canasta básica de alimentos sea entregada indefectiblemente mes a mes y en forma paralela al tratamiento médico que viene recibiendo el usuario/a. Del mismo modo, se requiere que el Ministerio de Economía y Finanzas autorice a la Municipalidad Metropolitana de Lima a utilizar el 10% de su presupuesto en gastos de gestión (transporte), a fin de que la canasta sea distribuida oportunamente a los usuarios/as.

[41] Publicado el 6 de febrero de 2007 en el diario oficial El Peruano.

[42] Mediante el Oficio N° 041-2018-MML/GDS-SPA de fecha 24 de agosto de 2018

b) Compra de los productos alimenticios

El numeral 7.2.2 de la Directiva N° 01-2017-MIDIS,⁴³ que regula el funcionamiento de la modalidad Complementación Alimentaria para la persona afectada por tuberculosis, establece que, para la adquisición de la canasta básica de alimentos, la municipalidad deberá tener en cuenta que se cumpla con los requerimientos calóricos y proteicos de la ración respectiva, establecidos en la Resolución Ministerial N° 653-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Formulación de la Ración Alimentaria del Programa de Complementación Alimentaria para las Personas afectadas por Tuberculosis.

Según la citada norma, la propuesta de la ración de la canasta de alimentos está compuesta por cereales, menestras, productos de origen animal de alto valor biológico y aceite vegetal, de acuerdo a cada región geográfica, según el siguiente detalle:

■ Costa:

N°	Nombre del Alimento	Ración mensual para persona afectada + 4 contactos
1	Leche evaporada entera	15 latas
2	Pescado enlatado en aceite (trozos)	15 latas
3	Arroz blanco corriente	15 kg.
4	Maíz blanco u otro	5 kg.
5	Quinua	2 kg
6	Lentejas, frijoles o arvejas	5 kg.
7	Papa seca	4 kg.
8	Aceite vegetal	4 litros.
9	Azúcar rubia	5 kg.

■ Sierra:

N°	Nombre del Alimento	Ración mensual para persona afectada + 4 contactos
1	Leche evaporada entera	15 latas

[43] Aprobada con Resolución Ministerial N° 025-2017-MIDIS de fecha 20 de febrero del 2017

2	Pescado enlatado en aceite (trozos)	15 latas
3	Arroz blanco corriente	15 kg.
4	Maíz para mote pelado	4 kg.
5	Quinoa	2 kg
6	Lentejas o arvejas	5 kg.
7	Papa chuño	4 kg.
8	Aceite vegetal	4 litros.
9	Azúcar rubia	5 kg.

■ **Selva:**

Nº	Nombre del Alimento	Ración mensual para persona afectada + 4 contactos
1	Leche evaporada entera	15 latas
2	Pescado enlatado en aceite (trozos)	15 latas
3	Arroz blanco corriente	15 kg.
4	Maíz regional	6 kg.
5	Frijol regional	6 kg
6	Harina de plátano	4 kg.
7	Azúcar rubia	6 kg.
8	Aceite vegetal	4 litros.

Sobre el particular, tratándose de un programa social de contenido alimentario, donde el centro de atención es la persona en especial situación de vulnerabilidad por la enfermedad que afronta, las municipalidades no solo deberán garantizar que el usuario/a reciba la canasta con todos y cada uno de los productos que la conforman y que estos reúnan los valores nutricionales necesarios, sino que se adecúen a las costumbres alimenticias de cada localidad.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO), los factores sociales y culturales tienen una gran influencia sobre lo que la gente consume, cómo prepara sus alimentos y cómo son sus prácticas alimentarias. En el caso de nuestro país, los alimentos que se consumen también están definidos por su área geográfica: Sierra, Costa y Selva.

En ese sentido, en la supervisión realizada se verificó que en los departamentos ubicados en la zona Selva sí se cumplió con seleccionar la harina de plátano y el frijol regional, en la zona Sierra sí se seleccionó las lentejas, arvejas y la papa deshidratada o chuño y en la zona Costa, la quinua, las lentejas, arvejas o el frijol y la papa seca

Como se observa en el Cuadro N° 7, las 35 municipalidades supervisadas, ubicadas en la zona Costa cumplieron con seleccionar la totalidad de los productos propuestos para dicha región geográfica. Sin embargo, de las 18 municipalidades supervisadas de la región Sierra, Candarave, Parinacochas, Huamanga y Cusco no compraron quinua, lentejas o arvejas y chuño, conforme a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 653-2014/MINSA.

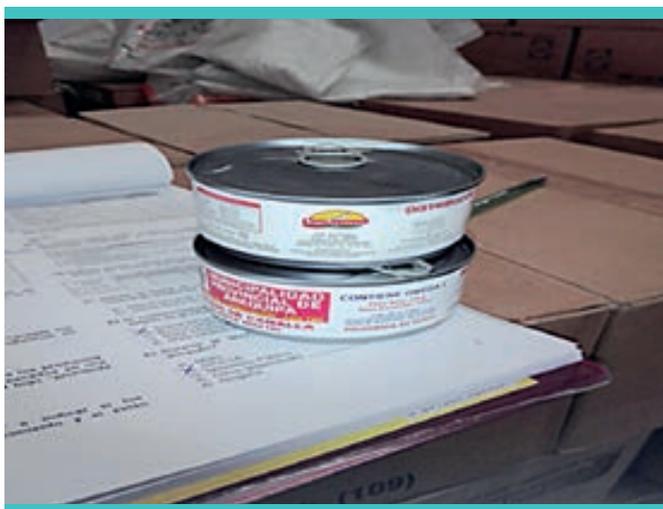
Cuadro N° 7
Alimentos seleccionados por municipalidad y región geográfica

Región geográfica	N° de municipalidades supervisadas	Quinua	Lentejas, frijoles o arvejas	Papa seca o chuño	Harina de plátano
Costa	35	35	35	35	-
Sierra	18	Municipalidades de Candarave, Parinacochas, Huamanga y Cusco	Municipalidades de Parinacochas y Cusco	Municipalidades de Candarave, Parinacochas, Huamanga y Cusco	-
Selva	17	-	17	-	Municipalidad Provincial de Jaén

De otro lado, la Resolución Ministerial N° 653-2014/MINSA, contempla la compra de pescado enlatado en aceite, sin precisar el tipo de presentación, es decir, si debe ser en trozos o en grated, que tienen distinto valor nutricional y, por lo tanto, distinto precio unitario. Al respecto, en el 19%

(13) de las 70 municipalidades supervisadas, señalaron que compraban grated de pescado. Estas son las municipalidades provinciales de Ascope, Sullana, Puno, Candarave, Tumbes, Lamas, San Vicente de Cañete, Camaná, Huamanga y Pisco, así como las municipalidades distritales del Rímac, Lurín y Santa Anita. En ese sentido, es importante que el Ministerio de Salud precise el tipo de presentación del producto antes mencionado y se garantice que el usuario/a reciba los alimentos con el valor nutricional requerido para su recuperación.

Trozos de caballa adquirido por la Municipalidad de Arequipa



Como se ha mencionado en los párrafos precedentes, es importante que el complemento alimentario que se otorga en el marco del Pantbc, sea pertinente y se adecue a las costumbres alimenticias de cada zona. Sobre el particular, en el 87% de las municipalidades supervisadas, señalaron que los alimentos que conforman la canasta sí se adecuan a los hábitos de consumo, mientras que en el 10% señalaron que solo algunos lo hacen y en un 3% (Moquegua y Candarave) indicaron que los alimentos no se adecúan.

Asimismo, respecto a la periodicidad en la compra de los productos de la canasta del Pantbc, en el 6% de las municipalidades supervisadas señalaron que adquieren los productos mensualmente, en el 4% indicaron que las adquieren trimestralmente y en el 3% semestralmente, mientras que

en el 87% manifestaron que los adquieren para todo el año. Al respecto, es importante tomar en cuenta que la entrega de la canasta de alimentos a los usuarios/as es mensual, por tanto la municipalidad deberá garantizar que se cuente con el stock suficiente durante todos los meses del año.

Gráfico N° 18
Periodicidad en la compra de los alimentos



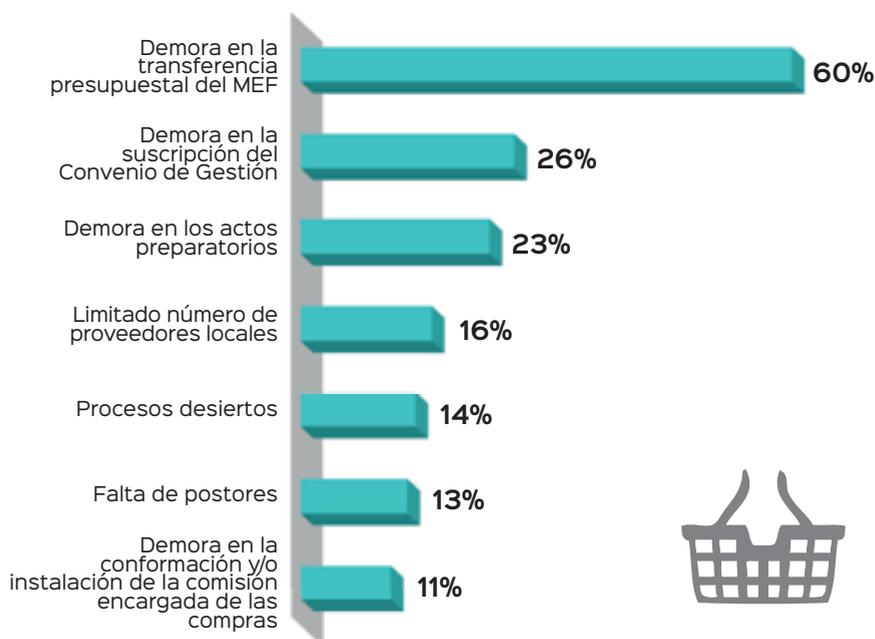
Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En los procesos de compra de los alimentos, las municipalidades supervisadas señalaron que tuvieron dificultades. Según se muestra en el Gráfico N° 19, en el 60% de municipalidades advirtieron demoras en la transferencia presupuestal por parte del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Ello podría obedecer a que, en el 2017 por ejemplo, a partir de la aprobación de la transferencia presupuestal aprobada mediante el Decreto Supremo N° 114-2017-MEF⁴⁴, se dispuso que el titular de la entidad tenía que aprobar la modificación presupuestal a nivel programático y remitir la resolución de aprobación de dicho acto al MEF; sin embargo, no se habilitó oportunamente la Especifica del gasto, lo que ocasionó retrasos en la transferencia presupuestal.

[44] Se autorizó 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, publicado en el diario oficial El Peruano el 29 de abril del 2017.

Gráfico N°19

Principales dificultades en los procesos de compra



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

En el Gráfico N° 19, también se observa que en el 26% de las municipalidades supervisadas señalaron que tuvieron dificultades en la suscripción del Convenio de Gestión con el Midis y en el 23% en los actos preparatorios para el inicio del proceso de compra, por ejemplo, con el estudio de mercado oportunamente realizado.

Asimismo, en el 16% de municipalidades identificaron como una dificultad, el limitado número de proveedores locales; en el 14% la declaratoria de procesos desiertos y en el 13% la falta de postores. Cabe indicar que tanto el limitado número de proveedores locales como la falta de postores, son dificultades comunes en la adquisición de productos en los programas de contenido alimentario —lo que puede obedecer al precio referencial o a la falta de medianos o grandes proveedores locales— que ocasiona que los procesos se declaren desiertos, afectando la prestación del servicio.

Para garantizar la prestación del servicio del Pantbc, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social debe aprobar y remitir, con la anticipación debida, el Convenio de Gestión y el Ministerio de Economía y Finanzas debe cumplir con la transferencia del presupuesto asignado. Asimismo, se debe evaluar una estrategia para fortalecer a los proveedores locales y promover su participación en los procesos de compra, conforme a lo recomendado por la Defensoría del Pueblo en el Segundo Reporte de Supervisión al funcionamiento del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma en relación a los procesos de compra.⁴⁵

3.6 Almacenamiento de los productos alimenticios

Mediante la Norma Técnica en Salud N° 114-MINSA/DIGESA-V-01, Norma Sanitaria para el Almacenamiento de Alimentos terminados destinados al Consumo Humano,⁴⁶ aprobada mediante Resolución Ministerial N° 66-2015/MINSA, se establecen las condiciones sanitarias que deben cumplir los almacenes con la finalidad de garantizar la inocuidad de los alimentos.

Asimismo, de acuerdo al numeral 7.4.1 de la Directiva N° 001-2017-MIDIS, Directiva de Funcionamiento de la Modalidad de Complementación Alimentaria para la Persona afectada por la Tuberculosis, los productos que componen la canasta básica de alimentos del Pantbc deberán ser conservados por las municipalidades provinciales o distritales en sus almacenes, donde serán fraccionados y empaquetados para su respectiva distribución. Estos ambientes deberán reunir las siguientes características mínimas:

- Estar ubicados en lugares estratégicos, lejos de cualquier otro ambiente, operación o actividad que pueda contaminar u originar riesgo a la inocuidad.
- El piso debe ser de material impermeable, inadsorbente, lavable y antideslizante.
- Los techos deben ser de material impermeable y resistente, adecuados a las condiciones climatológicas de la zona.
- El área para el almacenamiento de alimentos debe ser amplia y exclusiva.
- Los ambientes deben estar ventilados con ventanas seguras y protegidas con mallas metálicas o de plástico.

[45] DEFENSORIA DEL PUEBLO, Segundo Reporte de supervisión al funcionamiento del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma en relación a los procesos de compra, Mayo 2014, Lima. Enlace web: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/07/Reporte-II-Seguimiento-Qali-Warma.1.pdf>

[46] Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 66-2015/MINSA

- Se debe disponer de parihuelas o tarimas para la apilación de los alimentos.

En ese mismo sentido, la municipalidad debe contar con un ambiente exclusivo para el almacenamiento de los alimentos, garantizando la calidad sanitaria y la inocuidad de los mismos, así como evitando la contaminación cruzada, es decir, que los ambientes destinados al almacenamiento no puedan utilizarse para guardar otro tipo de insumos, sustancias o materiales que puedan contaminarlos.

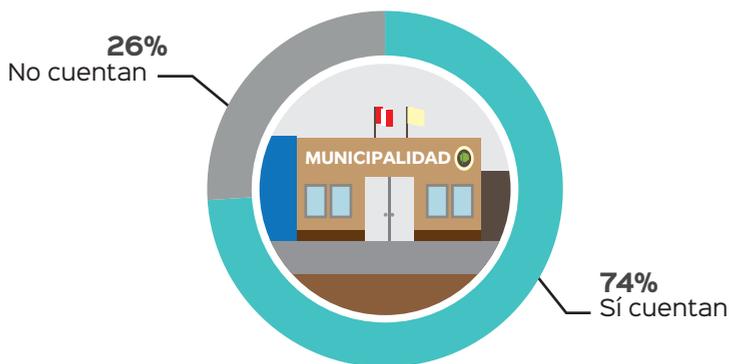
Asimismo, los establecimientos de salud deberán adecuar un ambiente para almacenar temporalmente las canastas entregadas por los municipios, hasta su entrega final a los usuarios y usuarias del Pantbc.

Bajo ese marco, durante la supervisión realizada, se verificaron las condiciones de almacenamiento de los productos que conforman la canasta básica para los usuarios/as del Pantbc en las municipalidades y en los establecimientos de salud.

a) En las municipalidades

De las 70 municipalidades supervisadas, solo en el 74% señalaron que contaban con un espacio exclusivo para el almacenamiento de los productos que conforman la canasta básica de alimentos y en el 26% indicaron que no, utilizando ambientes improvisados o que no reúnen las condiciones adecuadas.

Gráfico N° 20
Municipalidades que cuentan con almacén exclusivo



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Así, conforme se observa en el Gráfico N° 21, de las municipalidades que señalaron que no cuentan con un ambiente exclusivo, en el 39% indicaron que alquilan locales para utilizarlos como almacén; en el 28% que utilizan el almacén general de la municipalidad; en el 11% que utilizan ambientes de oficinas administrativas y en el 11% (municipalidades distritales de Rímac e Independencia), indicaron que utilizan el almacén de los proveedores. Asimismo, en el 11% indicaron que utilizan otros ambientes. La Municipalidad Distrital de Villa El Salvador utiliza el Estadio Municipal para almacenar los alimentos y la Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo no almacena los alimentos y el proveedor se encarga directamente de entregarlos a los establecimientos de salud.

Gráfico N° 21
Lugar de almacenamiento de los productos alimenticios



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por ejemplo, en la siguiente imagen se muestra que los productos se encuentran almacenados en una oficina administrativa.

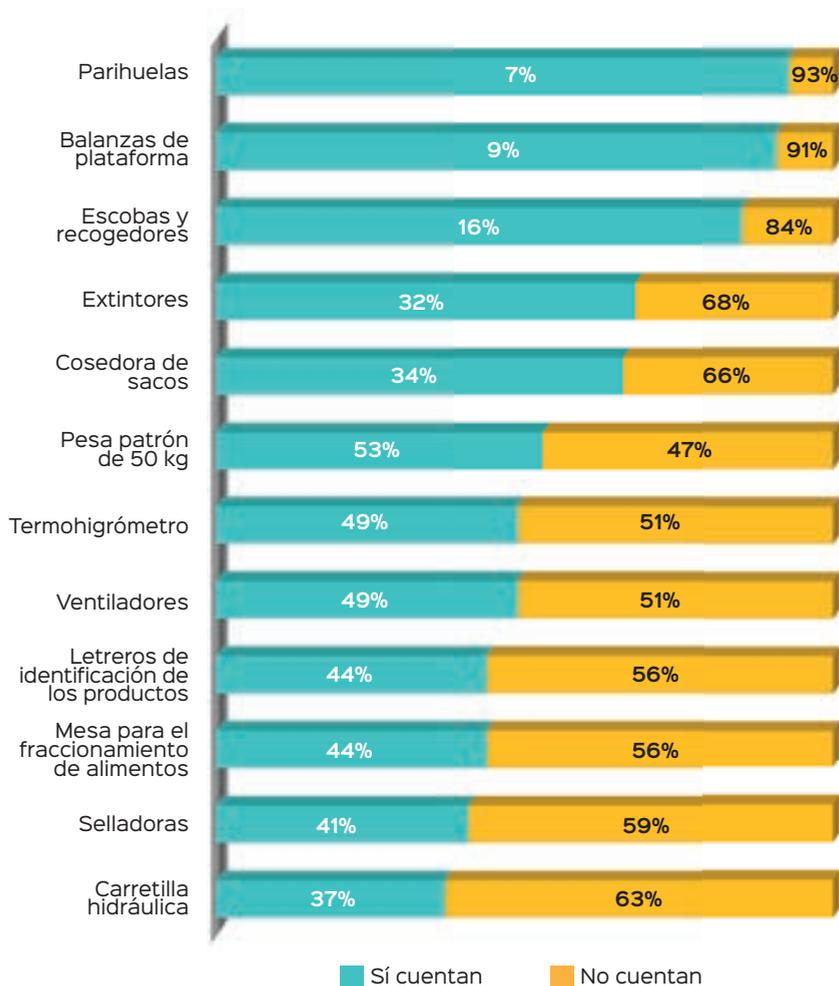
Almacenamiento en la Municipalidad Provincial de Huamanga



Respecto a los instrumentos y/o equipos con los que contaban los almacenes para apilar los alimentos, así como para fraccionarlos en empaques individuales, en el Gráfico N° 22 se puede observar que de los 68 almacenes municipales supervisados, el 63% no contaba con carretilla hidráulica; el 59% no contaba con una máquina selladora para embazar los productos; el 56% no contaba con una mesa para el fraccionamiento de los alimentos; en el 56% no habían implementado letreros de identificación de los productos y en el 51% no contaban con ventiladores y termohigroméetro, instrumentos necesarios para medir la temperatura y el nivel de humedad en el almacén y así garantizar que los productos se conserven adecuadamente.

Asimismo, en el 47% no contaban con pesa patrón de 50Kg; en el 34% no tenían cocedora de sacos para el adecuado fraccionamiento de los productos; en el 32% no tenían extinguidores y en el 16% no contaban con escobas y recogedores para la limpieza de los ambientes.

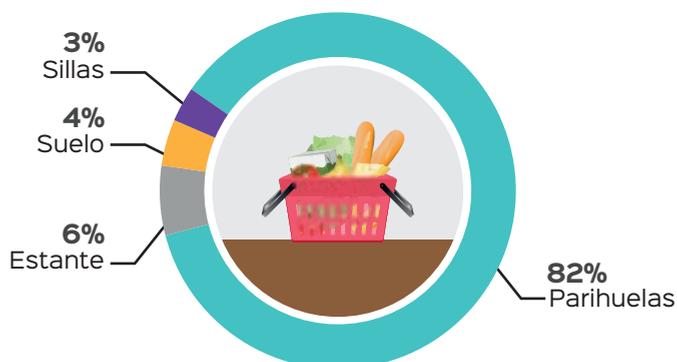
Gráfico N° 22
Instrumentos con los que cuentan los almacenes



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, se verificó que en el 82% de los almacenes supervisados, los productos se encontraban en parihuelas. No obstante, en las municipalidades provinciales del Callao y de Camaná los productos se encontraron encima de sillas. Asimismo, en Ilo, Villa El Salvador y Barranca, se encontraban en el suelo, poniéndose en riesgo su inocuidad.

Gráfico N° 23



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Según lo establecido en el numeral 7.2 de la Directiva N° 001-2017-MIDIS, cada uno de los productos que conforman la canasta alimentaria, deben empacarse en bolsas de polietileno por kilo, debidamente selladas. No obstante, en la supervisión realizada se identificó que solo en el 59% de los almacenes visitados, los productos estaban envasados conforme lo establece el marco legal. Por el contrario, en el 28% los productos no estaban debidamente envasados. Son los casos de las municipalidades provinciales de Tumbes, Candarave, Moyobamba, Mariscal Cáceres, Sullana, Chiclayo, Ferreñafe, Trujillo, Ascope, Ica, Coronel Portillo, Parinacochas, Andahuaylas, Chachapoyas, Cusco, Puerto Inca, así como las municipalidades distritales de Ate, San Juan de Miraflores y Villa El Salvador.

Cabe precisar que en el 13% de los almacenes, no fue posible verificar el envasado debido a que en la fecha de supervisión no contaban con un stock de productos en el almacén.

De otro lado, el artículo 7.2.2 de la Directiva N° 001-2017-MIDIS, establece que la cantidad total de alimentos deberá ser reempacado y distribuido en bolsas de polietileno transparentes, de alta resistencia y debidamente selladas con el logo de "PROHIBIDA SU VENTA". Sobre este aspecto, se advirtió que solo en el 50% de los almacenes supervisados, reempacaron los productos que conforman la canasta de alimentos conforme a las características descritas, mientras que un 37% no lo hizo y en el 13% no se pudo verificar el reempaqué.

Adicionalmente, los alimentos deben contar con el rotulado respectivo que indique la fecha de su vencimiento, a fin de garantizar su adecuada conservación y vigencia para el consumo. Conforme se registra en el Cuadro N° 8, en el 37% de los almacenes supervisados, el maíz blanco no tenía el rotulado indicando la fecha de vencimiento; en el 32% la leche evaporada no lo tenía; en el 29% la papa seca o chuño tampoco lo tenía y en el 16% el pescado en trozos, enlatado en aceite, no había información sobre la vigencia de los mismos.

Por otro lado, en el 10% de los almacenes supervisados, la fecha de vencimiento de la azúcar rubia no se encontraba vigente. Estas fueron las municipalidades de Chiclayo, Puno, Andahuaylas, Barranca, Huamanga, Puerto Inca y Lima Metropolitana. Asimismo, en el 12% las lentejas, los frijoles o las arvejas también estaban vencidas. De especial preocupación son los casos de la leche evaporada y el pescado en trozos que en el 6% se encontraban vencidos.

Cuadro N° 8
Fecha de vencimiento de los productos y vigencia

Producto	Fecha de vencimiento			Vigencia de fecha de vencimiento	
	Sí tiene	No tiene	Total	Sí está vigente	No está vigente
Leche evaporada entera	55	13	68	51	4 (Puno, Andahuaylas, Huamanga y Puerto Inca)
Pescado en trozos, enlatado en aceite	45	22	68	42	3 (Andahuaylas, Utcubamba y Puerto Inca)
Arroz blanco corriente	50	18	68	44	6 (Ramón Castilla, Maynas, Puno, Andahuaylas, Huamanga y Puerto Inca)
Maíz, blanco y otros	43	25	68	40	3 (Puno, Andahuaylas y Puerto Inca)

Quinoa	36	17	53*	31	5 (Puno, Andahuaylas, Barranca, Abancay y Puerto Inca)
Lentejas, frijoles o arvejas	49	19	68	43	6 (Puno, Tumbes, Andahuaylas, Huamanga, Puerto Inca y Lima Metropolitana)
Papa seca o chuño	33	20	53*	30	3 (Puno, Andahuaylas y Puerto Inca)
Aceite vegetal	57	11	68	53	4 (Puno, Andahuaylas, Huamanga y Puerto Inca)
Azúcar rubia	50	18	68	43	7 (Chiclayo, Puno, Andahuaylas, Barranca, Huamanga, Puerto Inca y Lima Metropolitana)
Harina de plátano	13	4	17**	13	-

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

(*) Total de municipalidades supervisadas ubicadas en zona costa y sierra.

(**) Total de municipalidades supervisadas ubicadas en zona selva.

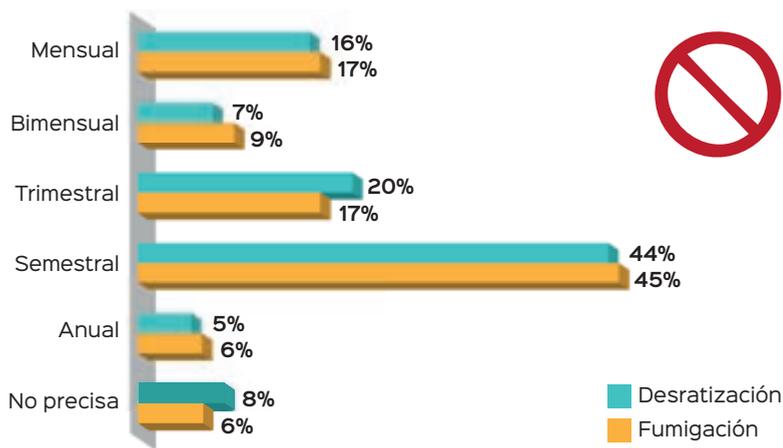
Respecto al control de plagas y roedores, de acuerdo a la Norma Sanitaria para el almacenamiento de productos terminados destinados para consumo humano,⁴⁷ se deberán implementar periódicamente medidas preventivas para el control de plagas, con la finalidad de que los alimentos puedan conservarse libres de roedores, insectos u otros animales que puedan contaminar y atentar su salubridad.

Sobre el particular, en la supervisión realizada se advirtió que en el 10% de los 68 almacenes supervisados, no realizaron la desratización y en

[47] Aprobada mediante la Resolución N° 066-2015/MINSA publicada en el diario oficial El Peruano el 6 de febrero del 2015.

el 4% tampoco lo hicieron con la fumigación respectiva. Estas fueron las municipalidades provinciales de Pasco, Tumbes, Caravelí, San Ignacio, San Vicente de Cañete y Puerto Inca, así como la Municipalidad Distrital de Lurín.

Gráfico N°24
Periodicidad control de plagas y roedores



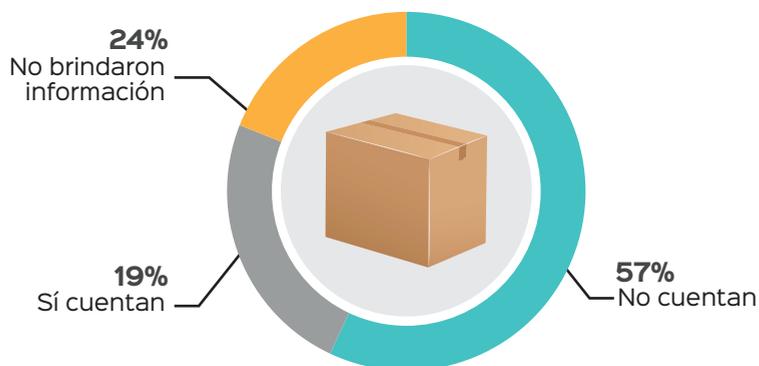
Elaboración y Fuente: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, respecto a la periodicidad de la fumigación, en el 45% indicaron que se realiza semestralmente; en el 17% mensual o trimestralmente; en el 9% bimensualmente y en el 6% anualmente. Asimismo, en los almacenes indicaron que sí realizan la desratización, anotando que en el 44% se efectúa de manera semestral; en el 20% trimestral y en el 16% bimensual. Las municipalidades de Lamas, Santa Anita, Villa María del Triunfo, La Mar, y Cajabamba no precisaron esta información.

b) En los establecimientos de salud

Los establecimientos de salud almacenan las canastas alimentarias del Pantbc, hasta su entrega a los usuarios/as. En el Gráfico N° 25 se observa que solo en el 19% de los 72 establecimientos de salud supervisados, señalaron que cuentan con un espacio exclusivo para el almacenamiento de las canastas, mientras que en un 57% indicaron que no contaban con un almacén exclusivo. En el 24% no brindaron información.

Gráfico N°25
Establecimientos de salud con almacén exclusivo

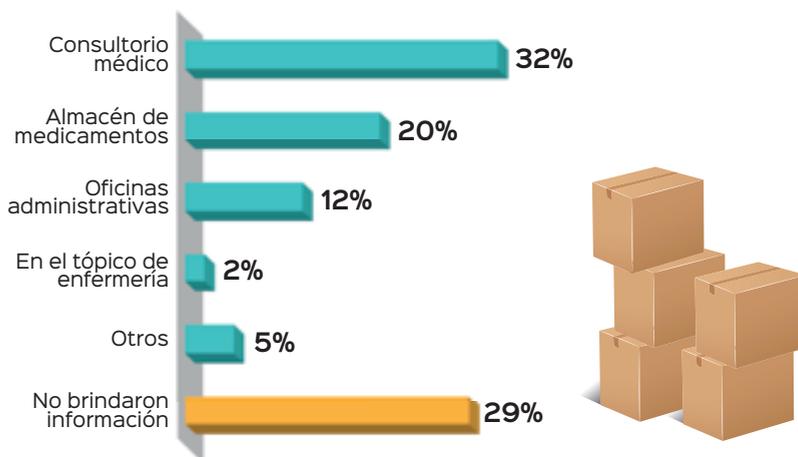


Elaboración y Fuente: Defensoría del Pueblo

Respecto a los establecimientos que no contaban con un espacio exclusivo para almacenar las canastas, señalaron que destinan y/o adecúan espacios para su conservación. Así, en el 32% indicaron que almacenaban las canastas en un consultorio médico; en el 20% en el almacén general, junto a los medicamentos e insumos médicos y en el 12% en las oficinas administrativas del establecimiento de salud.

Asimismo, en el establecimiento de salud de Santa Ana en Cusco, señalaron que alquilan un ambiente para almacenar las canastas y en San Juan Bautista en Maynas, mencionaron que tuvieron que acondicionar un ambiente provisional para almacenarlas.

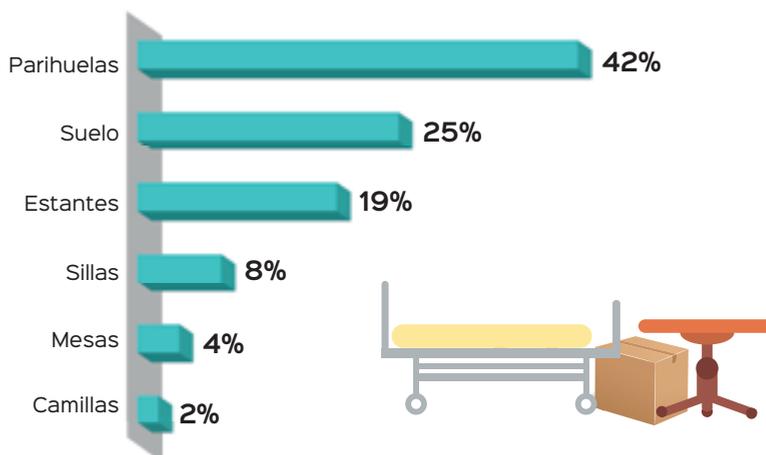
Gráfico N° 26
Lugar de almacenamiento de las canastas de alimentos



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, en el 42% de los establecimientos de salud supervisados, se observó que las canastas de alimentos se encontraban en parihuelas y en el 25% en el suelo sin protección alguna. Asimismo, en otros establecimientos se encontraban en estantes (19%), sillas (8%), mesas (4%) y camillas (2%).

Gráfico N° 27



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por ejemplo, en el establecimiento de salud de Siete Cuartones en Cusco, la canasta de alimentos se encontraba sobre el piso, expuesta a riesgos de contaminación, conforme se observa en la siguiente imagen.



3.7. Distribución y entrega de la canasta de alimentos

La distribución de los alimentos es el procedimiento mediante el cual las municipalidades entregan la canasta de los alimentos mensualmente a los usuarios/as del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia (Pantbc).

De acuerdo al numeral 7.5.3 de la Directiva N° 001-2017-MIDIS y al artículo 42° del reglamento de funcionamiento de las modalidades del PCA, aprobado por la Resolución Ministerial N° 167-2016-MIDIS, esta responsabilidad recae en el gobierno local, el cual, en coordinación con los establecimientos de salud, deberán elaborar un plan de distribución que permita organizar todo el proceso de repartición.

En la supervisión realizada, advertimos que el 41% de las 70 municipalidades supervisadas no contaba con un plan de distribución, mientras que en el 59% sí elaboraron y aprobaron su respectivo plan.

Gráfico N° 28 Plan de distribución de los alimentos



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

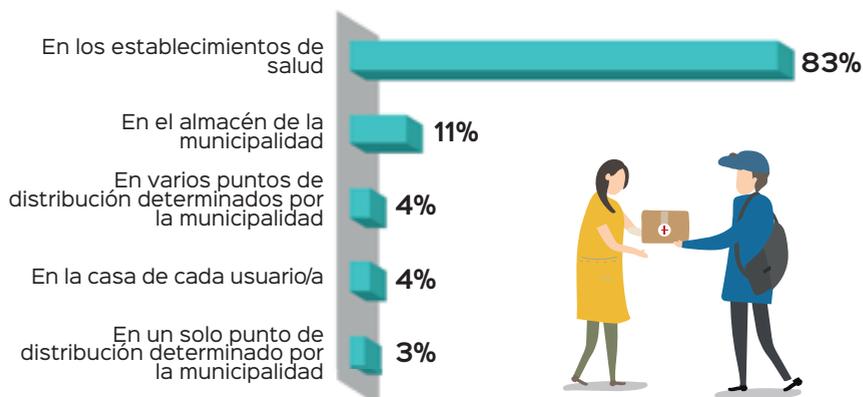
La aprobación del plan de distribución permite organizar logísticamente a la municipalidad para que, en coordinación con los establecimientos de salud, entregue las canastas de alimentos, de manera mensual, a los usuarios/as del Programa y que estos conozcan con certeza el día y hora de la entrega, evitando que realicen gastos innecesarios de traslado desde sus domicilios, sobre todo, en el caso de las personas que viven en zonas rurales y lejanas.

En esa línea, el artículo 46° del Reglamento de las Modalidades del Programa de Complementación Alimentaria, aprobado con Resolución Ministerial N° 167-2016-MIDIS, precisa que la distribución de alimentos se realiza previa coordinación con el centro de salud y que debe procurarse en la medida de lo posible, que la entrega coincida con la atención médica programada para el paciente con tuberculosis.

Igualmente, es fundamental que las entregas de las canastas se realicen en lugares accesibles y cercanos a la población usuaria, la cual debe ser informada previamente, siendo lo ideal que si la entrega de las canastas se realice en los establecimientos de salud al cual están adscritos los pacientes.

Gráfico N° 29

Lugar de entrega de la canasta de alimentos



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Conforme se observa en el Gráfico N° 29, en el 83% de las 70 municipalidades supervisadas, señalaron que la entrega de las canastas de alimentos a los usuarios/as del Pantbc se realiza en el local de los establecimientos de salud, en el 11% indicaron que los usuarios/as acuden a recogerla en los almacenes. Estas son las municipalidades provinciales de Trujillo, Puno, San Ignacio, Chachapoyas y Cajamarca, así como las municipalidades distritales de La Victoria, San Juan de Lurigancho y San Juan de Miraflores.

Por su parte, en el 4% —Municipalidad Provincial de Ramón Castilla y municipalidades distritales de El Agustino y Santa Anita—, señalaron que establecieron varios puntos de distribución de la canasta de alimentos, con la finalidad de facilitar el acceso y el traslado de los usuarios/as para el recojo respectivo. Por ejemplo, la Municipalidad Provincial de Ramón Castilla entrega cierto número de canastas de alimentos en el Centro de Salud de Caballococha, localizado en la misma ciudad, mientras que el resto de las canastas son distribuidas a través de las municipalidades distritales de su provincia para que sean entregadas a los respectivos establecimientos de salud de su jurisdicción, principalmente a causa de las dificultades de accesibilidad propias de la zona.

Asimismo, las municipalidades provinciales de Ascope, Oxapampa y la Municipalidad Distrital de La Victoria manifestaron que, en ciertas situaciones

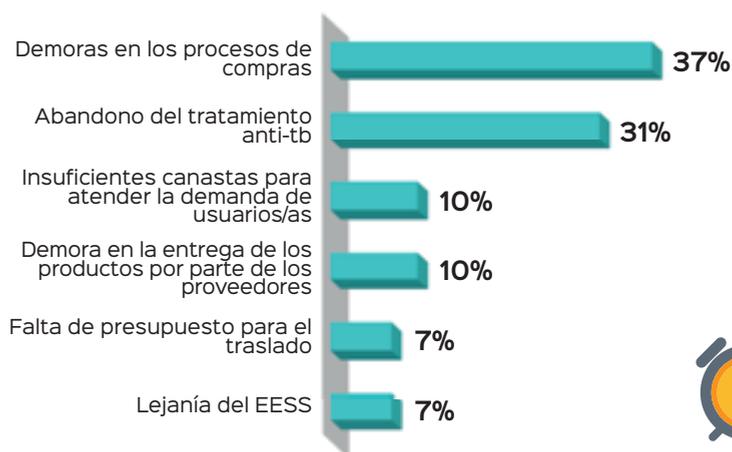
excepcionales, entregan la canasta de alimentos en el domicilio de los usuarios/as del Programa. Por su parte, la Municipalidad Distrital de Villa El Salvador y la Municipalidad Metropolitana de Lima (que representan el 3% del total de municipalidades supervisadas) señalaron que cuentan con un solo punto de distribución.

Respecto a los problemas que tuvieron las municipalidades durante la entrega de las canastas de alimentos a los usuarios/as del Pantbc, según el Gráfico N° 30, la mayor dificultad reportada se refiere a las demoras en los procesos de compra de los alimentos, lo que impidió que se entregue oportunamente la canasta a los pacientes. Esto lo indicaron en el 37% de las municipalidades supervisadas.

Asimismo, en el 31% identificaron como una de las mayores dificultades, el abandono al tratamiento antituberculoso, es decir, en vista de que los pacientes no acudieron a recibir su tratamiento médico al establecimiento de salud, tampoco pudieron recoger la canasta. En el 10% señalaron que los proveedores no entregaron oportunamente los productos y al estar incompleta la canasta de alimentos, las municipalidades no pudieron entregarlas a los usuarios/as.

Por su parte, en las municipalidades provinciales de Trujillo, Sullana, Tacna, San Juan de Miraflores, Tayacaja, Puerto Inca y Cajabamba indicaron que no presentaron ningún problema en la entrega de las canastas del Pantbc.

Gráfico N° 30
Principales dificultades en la entrega de los alimentos



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, como bien hemos señalado la prestación del servicio del Pantbc es mensual, es decir, el gobierno local deberá garantizar la adquisición oportuna y que esta abastezca al total de pacientes con tuberculosis que vienen recibiendo tratamiento regular. No obstante, en el 24% de los 72 establecimientos de salud supervisados, señalaron que durante el 2017 la canasta de alimentos entregada por la municipalidad no alcanzó para la demanda existente, es decir, hubo pacientes que no la recibieron en alguno de los meses del 2017. Por su parte, en el 24% de los establecimientos de salud no precisaron esta información.

Gráfico N°31
Brechas de cobertura de la canasta de alimentos



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, en el Cuadro N° 9 se puede observar los establecimientos de salud que en el 2017, presentaron una brecha de cobertura de las canastas de alimentos del Pantbc.

Cuadro N° 9
EES que tuvieron brechas de cobertura de canasta de alimentos

Establecimiento de salud	N° Canastas faltantes
Hospital de Camaná	60
Centro de Salud de Cabalococha	48
Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias"	36
Hospital Regional de Ayacucho	31

Hospital Juanjui	26
Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol de Utcubamba	22
Centro de Salud Jorge Chávez	11
Centro de Salud Morro Solar	10
Centro de Salud Los Algarrobos	5
Hospital de Apoyo de Huanta “Daniel Alcides Carrión”	4
Centro de Salud Santa Ana	3
Hospital de Pampas	2
Hospital Regional Hermilio Valdizan	2
Hospital Carlos Monge Medrano	2
Hospital Regional Manuel Núñez Butrón	2
Hospital Moyobamba	2
Centro de Salud Año Nuevo	1
Hospital Lamas	1

Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por ello, es importante que el establecimiento de salud cumpla con remitir a la municipalidad de la jurisdicción a la que pertenece, información periódica y actualizada del número de pacientes con tuberculosis, a fin de que la planificación de la compra de los productos alimenticios responda a esta demanda.

3.8. Capacitación y asistencia técnica

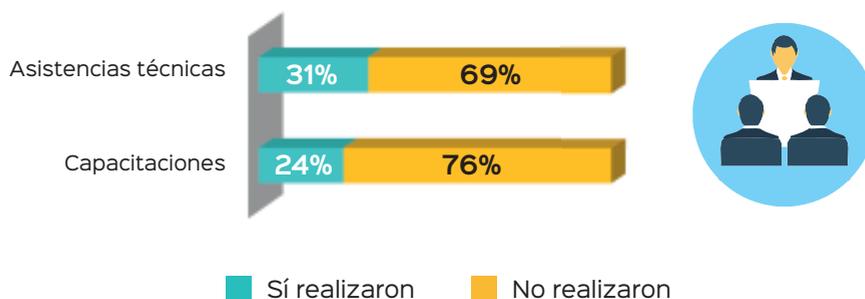
El artículo 6° del Decreto Supremo N° 006-2016-Midis, señala que el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social debe capacitar y brindar asistencia técnica a los gobiernos locales, comités de gestión local y organizaciones de la sociedad civil, para la correcta gestión del Programa de Complementación Alimentaria.

Al respecto, de acuerdo a la información brindada por el Midis,⁴⁸ durante el 2017, solo 17 de las 70 municipalidades supervisadas recibieron capacitación y 21 asistencia técnica.

[48] Oficio N° 1110-2018-MIDIS/VMPS/DGACPS de 19 de abril 2018.

Gráfico N°32

Capacitaciones brindadas por el Midis a las municipalidades, durante el 2017



Fuente: Dirección General de Articulación y Coordinación de las Prestaciones Sociales del Midis
Elaboración: Defensoría del Pueblo

3.9 Coordinación, monitoreo y evaluación

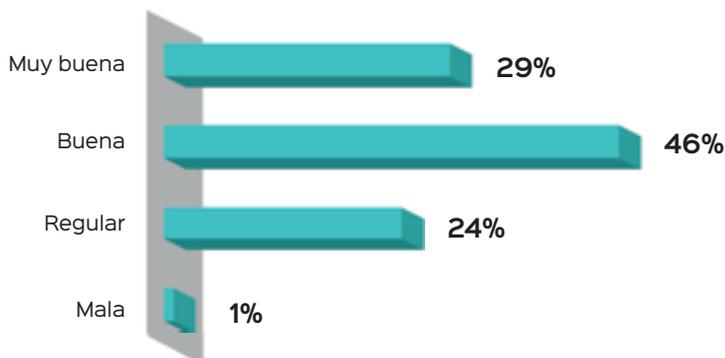
En el marco de un Estado unitario y descentralizado, la implementación de los programas sociales requiere de la intervención coordinada y articulada de los tres niveles de gobierno (gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales).⁴⁹

En ese sentido, para que el Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia (Pantbc) logre su objetivo de brindar un apoyo nutricional a los pacientes, es necesaria la intervención coordinada y articulada del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social con los gobiernos locales y los establecimientos de salud. Por ejemplo, para la elaboración de un sistema de registro único de usuarios/as del Pantbc o para instaurar estrategias a fin de evitar el abandono del tratamiento.

Conforme se advierte en el Gráfico N° 33, en el 29% de las 70 municipalidades supervisadas perciben que el nivel de coordinación con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social es muy bueno; en el 46%, bueno; en el 24%, regular y en el 1%, malo.

[49] Artículo 1° de la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

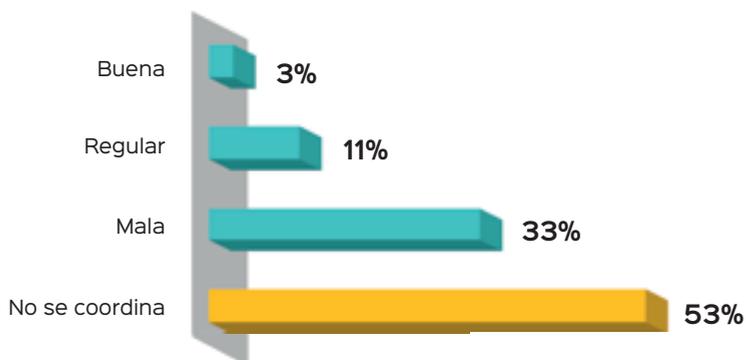
Gráfico N°33
Coordinación entre el Midis y la municipalidad



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Respecto al nivel de coordinación entre la municipalidad y los establecimientos de salud, en el 53% de las 70 municipalidades supervisadas, señalaron que no realizan ningún tipo de coordinación. En el 17% que sí coordinan, el 33% percibe que la coordinación es mala, en el 11%, regular y solo en un 3%, que es buena.

Gráfico N°34
Coordinación entre la municipalidad y el establecimiento de salud



Fuente y elaboración: Defensoría del Pueblo

Por otro lado, el numeral 7.5 de la Directiva N° 01-2017-Midis que regula el funcionamiento del Pantbc, establece que el Ministerio de Desarrollo

e Inclusión Social (Midis) monitorea y evalúa a los gobiernos locales en la ejecución del Programa de Complementación Alimentaria. Esta obligación también está contemplada en la cláusula quinta del Modelo de Convenio de Gestión, aprobado mediante la Resolución Ministerial 254-2017-MIDIS.

En mérito a ello, el Midis ha elaborado un conjunto de indicadores para la evaluación de la ejecución del Pantbc, los mismos que están referidos al porcentaje de la ejecución presupuestal, el número de usuarios/as atendidos, el número de visitas de supervisión a los centros de atención y a las reuniones de los Comités de Gestión Local.

Sin embargo, es importante que esta evaluación también incluya indicadores que permitan evaluar el impacto de la entrega de las canastas de alimentos en la recuperación de los pacientes afectados por la tuberculosis y, por consiguiente, en el ejercicio de sus derechos fundamentales.

También sería necesario evaluar el nivel de cumplimiento de los compromisos contemplados en el Convenio de Gestión suscrito con los gobiernos locales, a fin de determinar si el bajo nivel de ejecución presupuestal que registran algunos municipios, se debe a la falta de capacidades técnicas y operativas y, de ser este el caso, contribuir con su fortalecimiento.



Conclusiones

Atención de la persona afectada por la tuberculosis en los establecimientos de salud

1. La tuberculosis es una enfermedad que afecta gravemente la salud de las personas y pone en riesgo a sus familias y a su entorno, exponiéndolas a situaciones de desigualdad, estigma y discriminación. Además, afecta el ejercicio efectivo de sus derechos fundamentales. Por ello, las instituciones del Estado deben implementar medidas más eficaces para garantizar que las personas afectadas por esta enfermedad puedan acceder a las prestaciones de salud, que les permitan recibir una atención prioritaria con la finalidad de lograr su recuperación y sus medios de vida.
2. La Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú y su reglamento, dispone la elaboración y aprobación de un plan multisectorial nacional de lucha contra esta enfermedad, que incluya intervenciones integrales que no solo aborden la atención del mal sino también los principales determinantes sociales que influyen en el

crecimiento de casos, como la pobreza, las carencias de servicios de agua y saneamiento, el hacinamiento poblacional y la mala nutrición. Sin embargo, aún está pendiente su elaboración y aprobación.

2. Las principales dificultades identificadas por los establecimientos de salud para la captación de los sintomáticos respiratorios, son la falta de personal de salud y la poca colaboración de las personas para la realización de las pruebas de diagnóstico, así como para permitir las visitas domiciliarias del personal de salud con dicha finalidad.
3. Todos los establecimientos de salud supervisados realizan el análisis bacteriológico de las muestras de esputo para el diagnóstico de la tuberculosis. Sin embargo, manifestaron que se registraban demoras para obtener los resultados, principalmente por la falta de personal de laboratorio (57%), la falta de reactivos (22%) o debido a que los microscopios se encuentran inoperativos (14%). Asimismo, en el 76% de los establecimientos de salud supervisados, indicaron que, en los casos en que los resultados de la muestra de esputo son positivos, se envían a laboratorios de referencia para la respectiva prueba de sensibilidad y, de estos, en el 18% indicaron que registraban demoras en la remisión de los resultados. Ello retrasa el tiempo para el inicio del tratamiento de acuerdo al tipo de tuberculosis.
4. Respecto al stock de medicamentos para el tratamiento de los pacientes con tuberculosis, el 11% de los establecimientos de salud supervisados, presentó desabastecimiento de los medicamentos de primera línea, lo cual pone en riesgo la continuidad del tratamiento.
5. Unas de las principales dificultades identificadas en los establecimientos de salud para la adherencia al tratamiento, es que los pacientes no asisten dentro del cronograma establecido y, en otros casos, lo abandonan. Los motivos de este abandono se relacionan a las reacciones adversas que produce la ingesta de múltiples medicamentos (42%), la dependencia a las drogas y al alcohol (39%), así como, la falta de disponibilidad de tiempo de los pacientes por motivos laborales (28%). El 33% de los establecimientos no cuentan con ambientes exclusivos y adecuados para que el paciente reciba la medicación.

Funcionamiento del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia

6. Uno de los aspectos centrales para la recuperación de la salud de las personas afectadas por la tuberculosis, es la alimentación. Por la naturaleza y los efectos de la enfermedad, una persona que recibe tratamiento regular antituberculoso requiere de un soporte nutricional de alto valor calórico proteico que favorezca su recuperación y, por tanto, a reduzca los riesgos de abandono al tratamiento médico.
7. El Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia (Pantbc) que tiene por objetivo brindar de manera gratuita, una canasta básica de alimentos para el paciente afectado y cuatro de sus contactos intrafamiliares, presenta algunas debilidades en su implementación.
8. En más del 60% de las municipalidades supervisadas, el órgano responsable del Pantbc, es la gerencia o sub gerencia de desarrollo social, en un 20% la gerencia/sub gerencia de programas sociales y en 13% la oficina de participación vecinal. Asimismo, en el 73% de municipalidades, el responsable del Pantbc tiene asignado múltiples funciones de diversos programas o temas adicionales, lo que le dificulta realizar el seguimiento al cumplimiento de los objetivos del Programa.
9. Se advirtieron demoras en la suscripción del Convenio de Gestión para el ejercicio 2018, lo cual retrasa la transferencia presupuestal para el funcionamiento del Programa. Diez de las 238 municipalidades a nivel nacional, suscribieron los convenios entre los meses de febrero a abril del presente año. Las principales dificultades registradas para la suscripción oportuna de los Convenios de Gestión, fueron la demora en la aprobación y remisión del modelo de convenio por parte del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social o la demora del Concejo Municipal en su aprobación. A la fecha el Convenio de Gestión para el ejercicio 2019 aun no ha sido aprobado.
10. El marco legal no contempla la entidad o instancia del sector salud que deberá remitir a las municipalidades la información de los pacientes afectados por la tuberculosis. En las municipalidades supervisadas el padrón de estos pacientes es remitido indistintamente por la red de salud, el centro de salud o el puesto de salud. Asimismo, en el 77% de

las municipalidades señalaron que no les remiten oportunamente dicho perdón, lo que dificulta la planificación de las canastas. Por ello, en el 51% de los establecimientos de salud señalaron que el número de canastas entregadas por la municipalidad no les alcanzó para el total de pacientes con tuberculosis que reciben atención, en cuyo caso presentaron brechas de, entre 1 a 60 canastas, aproximadamente.

11. El presupuesto nacional asignado para el Pantbc, entre el periodo 2014–2017, se ha ido incrementando nominalmente, con mayor énfasis en el año 2017, que pasó de 11 a 66 millones de soles. Este incremento se dio debido a que hasta el 2016, la cobertura de la canasta fue para el paciente con tuberculosis y dos contactos intradomiciliarios y, a partir del 2017, la cobertura abarca al paciente con tuberculosis y cuatro de sus contactos intradomiciliarios.
12. El promedio de la ejecución del presupuesto total asignado al Pantbc correspondiente al periodo 2014-2017 fue de 79%. El 2017 se ejecutó el 87.9% del total del presupuesto y a noviembre del 2018, solo se ejecutó el 41%. Las municipalidades de Candarave, Villa María del Triunfo, Huanta, Cañete, Callao, Mariscal Nieto, Santa, Arequipa, San Martín de Porres, Caravelí, Huánuco, Huaral, Ate y Satipo no superaron el 14% de ejecución presupuestal.
13. La Municipalidad Metropolitana de Lima fue excluida de la autorización para disponer del 10% de su presupuesto asignado para el Programa de Complementación Alimentaria, entre ellos el Pantbc, para los gastos de gestión que se requiera en su ejecución (gastos de transporte de los productos alimenticios) conforme lo establece el artículo 7.4 del Decreto Supremo N° 008-2007-EF. Ello a pesar de concentrar la tasa de tuberculosis más alta a nivel nacional.
14. Algunas municipalidades ubicadas en la zona Sierra no cumplieron con la compra de productos acordes a la zona geográfica, conforme a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 653-2014/MINSA. Asimismo, se advirtió que la norma técnica no especifica la presentación del pescado en trozos enlatado en aceite, por lo que algunas municipalidades adquieren grated de pescado, que tendría un valor nutricional distinto al pescado en trozos o al filete de pescado.

15. Entre las principales dificultades que identificaron las municipalidades supervisadas para la adquisición de los productos de la canasta alimentaria, se encuentran la demora en la transferencia del presupuesto por parte del Ministerio de Finanzas y Finanzas, los retrasos en la suscripción de los convenios de gestión y las dilaciones en los actos preparatorios para el inicio del proceso de compra.
16. El 26% de las municipalidades supervisadas no contaba con almacenes exclusivos para la conservación de los productos alimenticios y utilizaban diversos ambientes para ello, como los almacenes generales compartidos con otros productos o equipos u oficinas administrativas, lo que no contribuye a garantizar la inocuidad de los alimentos. Asimismo, el 57% de los establecimientos de salud tampoco contaba con almacenes exclusivos para conservar temporalmente las canastas de alimentos, por lo que en el 32% las conservaban en el consultorio médico, en el 20% en el almacén de medicinas y en el 12% en oficinas administrativas.
17. Se verificó que algunos productos no tenían el respectivo rótulo que indique su fecha de vencimiento y, en los que sí tenían, algunos estaban vencidos. Fue el caso de la leche evaporada, el pescado enlatado en aceite, el maíz blando y el arroz blanco corriente.
18. El 41% de las municipalidades supervisadas no contaba con un plan de distribución de las canastas de alimentos, lo que evidencia la falta de planificación de las entidades ejecutoras del Programa para su entrega. Asimismo, entre las principales dificultades para la entrega de las canastas, se advirtieron demoras en los procesos de compra, el abandono de los pacientes al tratamiento antituberculoso o la demora en la entrega de los productos por parte de los proveedores.
19. En el 53% de municipalidades supervisadas señalaron que no coordinan con los establecimientos de salud ubicados en su jurisdicción; en el 33% la coordinación es mala; en el 11% regular y solo el 3% manifestó que es buena.



Recomendaciones

Al Ministerio de salud

1. Elaborar y aprobar el Plan Multisectorial Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, en coordinación con los gobiernos regionales y locales, que deberá incorporar intervenciones estratégicas integrales contra la tuberculosis y sus determinantes sociales.

Al Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud (INS)

2. Precisar el tipo de presentación del pescado enlatado en aceite que debe contener la canasta de alimentos del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia, para garantizar que reúna los valores nutricionales necesarios, que contribuyan a la recuperación del paciente afectado por esta enfermedad.

Al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

3. Aprobar con la debida anticipación el modelo de convenio de gestión para garantizar que las municipalidades ejecutoras cuenten con los recursos presupuestarios necesarios para la ejecución del Programa de Complementación Alimentaria, en sus diferentes modalidades.
4. Intensificar las acciones de monitoreo, evaluación y seguimiento al Programa de Alimentación y Nutrición para los Pacientes con Tuberculosis y su Familia.
5. Supervisar el cumplimiento de las obligaciones de los gobiernos locales, a cargo del Programa de Alimentación y Nutrición para los Pacientes con Tuberculosis y su Familia, contenidas en los convenios de gestión.
6. Realizar las gestiones necesarias ante el Ministerio de Economía y Finanzas, para que autorice a la Municipalidad Metropolitana de Lima disponer del 10% del presupuesto asignado para el Programa de Complementación Alimentaria, a fin de dedicarlos a los gastos de gestión que se requieran.
7. Capacitar periódicamente al personal a cargo del Programa de Complementación Alimentaria de los gobiernos locales, sobre las normas de almacenamiento de productos alimenticios y manipulación de alimentos.

A la Contraloría General de la República

8. Supervisar la eficacia y eficiencia del presupuesto asignado a los gobiernos locales responsables de la ejecución del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente afectado por Tuberculosis y su Familia.

A los gobiernos regionales (Direcciones o Gerencias Regionales de Salud)

9. Fortalecer las acciones de sensibilización, dirigidas a las personas afectadas por la tuberculosis sobre la importancia de culminar el tratamiento médico. A sus familias, para que les brinden el apoyo y soporte emocional. A la población en general, para generar conciencia sobre la prevención y el diagnóstico oportuno, así como para evitar actitudes o

comportamientos discriminatorios que atenten contra la dignidad de los pacientes afectados.

10. Intensificar las acciones para la identificación y captación de las personas sintomáticas respiratorias, principalmente durante las consultas médicas de las diferentes especialidades que brindan los establecimientos de salud y a través de las visitas domiciliarias a las zonas de mayor incidencia.
11. Monitorear periódicamente a los establecimientos de salud respecto a las acciones para la captación de las personas sintomáticas respiratorias, mediante indicadores que permitan evaluar si las estrategias que se vienen utilizando son efectivas.
12. Garantizar la entrega oportuna de los insumos médicos necesarios para el diagnóstico de la tuberculosis a los establecimientos de salud, así como la provisión de los medicamentos para el control y tratamiento de la enfermedad.
13. Fortalecer los laboratorios regionales con los recursos humanos, logísticos y la infraestructura necesaria para la oportuna obtención y remisión de los resultados del análisis bacteriológico solicitado por los establecimientos de salud, para que los pacientes con resultados positivos puedan iniciar su tratamiento de acuerdo al tipo de tuberculosis, en forma oportuna.
14. Disponer que los establecimientos de salud remitan oportunamente la relación de los pacientes que vienen recibiendo tratamiento, así como de aquellos que lo concluyeron o lo abandonaron, a las municipalidades ejecutoras del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia, para la adecuada programación de la entrega de las canastas alimenticias.

A las Municipalidades provinciales y municipalidades distritales de Lima Metropolitana

15. Suscribir con la debida celeridad el convenio de gestión con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, a fin de que la transferencia de los recursos públicos se realice oportunamente para la ejecución del Programa de Complementación Alimentaria en sus diferentes modalidades.

16. Garantizar la gestión y ejecución adecuada y oportuna del presupuesto asignado al Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia.
17. Elaborar un plan de distribución para la entrega de las canastas de alimentos, en coordinación con los establecimientos de salud y difundirlo para el conocimiento de los usuarios/as del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia, de acuerdo al artículo 42° de la Resolución Ministerial N° 167-2016-MIDIS.
18. Cumplir con la entrega mensual de las canastas de alimentos a los usuarios/as del Programa, de acuerdo a lo establecido por la Resolución Ministerial N° 025-2017-MIDIS.
19. Cumplir con el almacenamiento de los productos que conforman la canasta de alimentos en ambientes que reúnan condiciones mínimas de higiene y salubridad. Asimismo, realizar periódicamente el control de plagas y roedores, conforme a lo previsto en la Resolución Ministerial N° 066-2015/MINSA.
20. Fortalecer los niveles de coordinación con los establecimientos de salud ubicados en el ámbito de la jurisdicción provincial y distrital, según corresponda, con la finalidad de garantizar la adecuada y oportuna prestación del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y su Familia.

A los Comités de Gestión Local

21. Vigilar que los procesos de compra de los productos alimenticios se realicen en un marco de transparencia, así como vigilar la distribución mensual de la canasta de alimentos.
22. Participar activamente en la determinación de los alimentos que conforman la canasta del Programa de Alimentación y Nutrición para los pacientes con tuberculosis y su familia, bajo un enfoque territorial.



Anexos

Anexo N° 1
Municipalidades provinciales y distritales supervisadas

N°	Departamento	Municipalidad Provincial / Distrital
1	Amazonas	Municipalidad Provincial de Bagua
2	Amazonas	Municipalidad Provincial de Chachapoyas
3	Amazonas	Municipalidad Provincial de Utcubamba
4	Áncash	Municipalidad Provincia del Santa
5	Áncash	Municipalidad Provincial de Casma
6	Apurímac	Municipalidad Provincial de Abancay
7	Apurímac	Municipalidad Provincial de Andahuaylas
8	Arequipa	Municipalidad Provincial de Caravelí
9	Arequipa	Municipalidad Provincial de Arequipa
10	Arequipa	Municipalidad Provincial de Camaná
11	Ayacucho	Municipalidad Provincial de Huamanga
12	Ayacucho	Municipalidad Provincial de Huanta
13	Ayacucho	Municipalidad Provincial de La Mar
14	Ayacucho	Municipalidad Provincial de Parinacochas
15	Cajamarca	Municipalidad Provincial de Cajabamba
16	Cajamarca	Municipalidad Provincial de Cajamarca
17	Cajamarca	Municipalidad Provincial de Jaén
18	Cajamarca	Municipalidad Provincial de San Ignacio
19	Callao	Municipalidad Provincial del Callao
20	Cusco	Municipalidad Provincial de la Convención
21	Cusco	Municipalidad Provincial del Cusco
22	Huancavelica	Municipalidad Provincial Tayacaja-Pampas
23	Huancavelica	Municipalidad Provincial de Huancavelica
24	Huánuco	Municipalidad Provincial de Huánuco
25	Huánuco	Municipalidad Provincial de Leoncio Prado
26	Huánuco	Municipalidad Provincial de Puerto Inca
27	Ica	Municipalidad Provincial de Pisco
28	Junín	Municipalidad Provincial de Chanchamayo
29	Junín	Municipalidad Provincial de Huancayo
30	Junín	Municipalidad Provincial de Satipo
31	La Libertad	Municipalidad Provincial de Trujillo
32	La Libertad	Municipalidad Provincial de Ascope

33	Lambayeque	Municipalidad Provincial de Chiclayo
34	Lambayeque	Municipalidad Provincial de Ferreñafe
35	Lima (Región)	Municipalidad Provincial de Barranca
36	Lima (Región)	Municipalidad Provincial de Cañete
37	Lima (Región)	Municipalidad Provincial de Huaral
38	Lima (Región)	Municipalidad Provincial de Huaura
39	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de Ate
40	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de El Agustino
41	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de Independencia
42	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de La Victoria
43	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de Lurín
44	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de Pachacamac
45	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de San Juan de Lurigancho
46	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de San Juan de Miraflores
47	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de San Martín de Porres
48	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de Santa Anita
49	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de Villa El Salvador
50	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital de Villa María del Triunfo
51	Lima Metropolitana	Municipalidad Distrital del Rímac
52	Lima Metropolitana	Municipalidad Metropolitana de Lima
53	Loreto	Municipalidad Provincial de Maynas
54	Loreto	Municipalidad Provincial Mariscal Ramón Castilla
55	Madre de Dios	Municipalidad Provincial de Tambopata
56	Moquegua	Municipalidad Provincial de Ilo
57	Moquegua	Municipalidad Provincial Mariscal Nieto
58	Pasco	Municipalidad Provincial de Oxapampa
59	Pasco	Municipalidad Provincial de Pasco
60	Piura	Municipalidad Provincial de Piura
61	Piura	Municipalidad Provincial de Sullana
62	Puno	Municipalidad Provincial de Puno
63	Puno	Municipalidad Provincial de San Román

64	San Martín	Municipalidad Provincial de Lamas
65	San Martín	Municipalidad Provincial de Moyobamba
66	San Martín	Municipalidad Provincial Mariscal Cáceres
67	Tacna	Municipalidad Provincial de Tacna
68	Tacna	Municipalidad Provincial de Candarave
69	Tumbes	Municipalidad Provincial de Tumbes
70	Ucayali	Municipalidad Provincial de Coronel Portillo

Anexo N°2
Establecimientos de salud supervisados
por departamento y nivel de atención

N°	EE.SS.	Categoría	Departamento	Provincia	Distrito
1	Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Luján	II-1	Amazonas	Bagua	Bagua
2	Hospital de Apoyo I Santiago Apóstol de Utcubamba	II-1	Amazonas	Utcubamba	Bagua Grande
3	Hospital Regional Virgen de Fátima	II-2	Amazonas	Chachapoyas	Chachapoyas
4	Centro de Salud Progreso	I-4	Áncash	Santa	Chimbote
5	Casma	II-1	Áncash	Casma	Casma
6	Pueblo Joven Centenario	I-4	Apurímac	Abancay	Abancay
7	San Jerónimo	I-4	Apurímac	Andahuaylas	San Jerónimo
8	Caravelí	I-3	Arequipa	Caravelí	Caravelí
9	Maritza Campos Díaz - Zamacola	I-4	Arequipa	Arequipa	Cerro Colorado
10	Hospital de Camaná	II-1	Arequipa	Camaná	Camaná
11	Hospital de Apoyo de Huanta "Daniel Alcides Carrión"	II-1	Ayacucho	Huanta	Huanta

12	Hospital de Apoyo de Coracora	II-1	Ayacucho	Parinacochas	Coracora
13	Hospital Regional de Ayacucho	II-2	Ayacucho	Huamanga	Ayacucho
14	Hospital de Apoyo San Miguel	II-E	Ayacucho	La Mar	San Miguel
15	Pachacútec	I-4	Cajamarca	Cajamarca	Cajamarca
16	Morro Solar	I-4	Cajamarca	Jaén	Jaén
17	Hospital Nuestra Señora del Rosario	II-1	Cajamarca	Cajabamba	Cajamarca
18	Hospital General Jaén	II-1	Cajamarca	Jaén	Jaén
19	Siete Cuarteles	I-3	Cusco	Cusco	Cusco
20	Santa Ana	I-4	Cusco	La Convención	Santa Ana
21	San Cristóbal	I-3	Huancavelica	Huancavelica	Huancavelica
22	Hospital de Pampas	II-1	Huancavelica	Tayacaja	Pampas
23	Supte San Jorge	I-3	Huánuco	Leoncio Prado	Rupa-Rupa
24	Puerto Inca	I-3	Huánuco	Puerto Inca	Puerto Inca
25	Hospital Regional Herminio Valdizan	II-2	Huánuco	Huánuco	Huánuco
26	San Juan de Dios	I-3	Ica	Pisco	Pisco
27	Regional de Ica	II-2	Ica	Ica	Ica
28	La Libertad	I-4	Junín	Huancayo	Huancayo

29	Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro	II-I	Junín	Chanchamayo	Chanchamayo
30	De Apoyo Manuel Higa Arakaki	II-I	Junín	Satipo	Satipo
31	Hospital Provincial Ascope "Rosa Sánchez de Santillán"	II-1	La Libertad	Ascope	Ascope
32	Hospital Regional Docente de Trujillo	III-1	La Libertad	Trujillo	Trujillo
33	Centro de Salud El Bosque	I-3	Lambayeque	Chiclayo	La Victoria
34	Centro de Salud Francisco Muro Pacheco	I-3	Lambayeque	Ferreñafe	Pueblo Nuevo
35	Centro de Salud Metropolitana	I-2	Lima	Lima	Santa Anita
36	Centro de Salud Señor de los Milagros	I-3	Lima	Lima	Ate
37	Centro de Salud de San Vicente	I-3	Lima	Cañete	San Vicente de Cañete
38	Centro de Salud Año Nuevo	I-3	Lima	Lima	Comas

39	Centro de Salud El Agustino	I-3	Lima	Lima	El Agustino
40	Centro de Salud Base Huaral	I-3	Lima	Huaral	Huaral
41	Centro de Salud Huaura	I-3	Lima	Huaura	Huaura
42	Centro de Salud Ermitaño Alto	I-3	Lima	Lima	Independencia
43	Centro de Salud San Cosme	I-3	Lima	Lima	La Victoria
44	Centro de Salud Pachacamac	I-3	Lima	Lima	Pachacamac
45	Chacarilla de Otero	I-3	Lima	Lima	San Juan de Lurigancho
46	Centro de Salud Leonor Saavedra	I-3	Lima	Lima	San Juan de Miraflores
47	México	I-3	Lima	Lima	San Martín de Porres
48	Bellavista Perú Corea	I-4	Lima	Callao	Bellavista
49	Centro Materno Infantil Lurín	I-4	Lima	Lima	Lurín
50	Centro Materno Infantil San José	I-4	Lima	Lima	Villa El Salvador
51	Tablada de Lurín	I-4	Lima	Lima	Villa María del Triunfo
52	Hospital de Barranca	II-2	Lima	Barranca	Barranca

53	San Juan de Miraflores	I-4	Loreto	Maynas	San Juan Bautista
54	Caballococha	I-4	Loreto	Mariscal Ramón Castilla	Ramón Castilla
55	Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias"	III-1	Loreto	Maynas	Punchana
56	Alto Libertad	I-2	Madre de Dios	Tambopata	Inambari
57	Centro de Salud Jorge Chávez	I-3	Madre de Dios	Tambopata	Tambopata
58	C.S Pampa Inalámbrica	I-3	Moquegua	Ilo	Ilo
59	Túpac Amaru	I-3	Pasco	Pasco	Chaupimarca
60	Ernesto Germán Guzmán Gonzáles	II-1	Pasco	Oxapampa	Oxapampa
61	Comunidad Saludable	I-3	Piura	Sullana	Sullana
62	Los Algarrobos	I-4	Piura	Piura	Piura
63	Hospital Carlos Monge Medrano	II - 2	Puno	San Román	Juliaca
64	Hospital Regional Manuel Núñez Butron	II-2	Puno	Puno	Puno
65	Hospital Moyobamba	II-1	San Martín	Moyobamba	Moyobamba
66	Hospital Juanjuí	II-E	San Martín	Mariscal Cáceres	Juanjuí

67	Hospital Lamas	II-E	San Martín	Lamas	Lamas
68	Santa Cruz	I-2	Tacna	Candarave	Candarave
69	Pocollay	I-3	Tacna	Tacna	Pocollay
70	Pampa Grande	I-4	Tumbes	Tumbes	Tumbes
71	Centro de Salud Zarumilla	I-4	Tumbes	Zarumilla	Zarumilla
72	Fraternidad	I-3	Ucayali	Coronel Portillo	Manantay

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE
TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA
PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA
CORREO E.: tareagrafica@tareagrafica.com
PÁGINA WEB: www.tareagrafica.com
TELÉF. 332-3229 / 424-8104 / 424-3411
ENERO 2019 LIMA - PERÚ



DEFENSORIA DEL PUEBLO