Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela Profesional de Antropología

Experiencia laboral en el monitoreo del componente Tuberculosis

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Antropología

AUTOR

Miriam Karina CARDENAS MORENO

ASESOR

Dra. Natali DURAND GUEVARA

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cardenas, M. (2025). *Experiencia laboral en el monitoreo del componente Tuberculosis*. [Trabajo de suficiencia profesional de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Profesional de Antropología]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Miriam Karina Cardenas Moreno
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	45206045
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-9127-4610
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Natali Durand Guevara
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42766544
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-1009-5758
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Pedro Jacinto Pazo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25628391
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Danilo De Assis Clímaco
Tipo de documento	CE
Número de documento de identidad	000134948
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Sabino Arroyo Aguilar
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07328272
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.

Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Isidro Latitud: -12.09655 Longitud: -77.04258
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2025
URL de disciplinas OCDE	Antropología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.04.03 Temas sociales https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.04.05

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
VICEDECANATO ACADÉMICO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

En Lima, siendo el día sábado 13 de diciembre del dos mil veinticinco, reunidos, los miembros del JURADO CALIFICADOR conformado por los profesores Dr. Pedro Jacinto Pazo (Presidente), Sabino Arroyo Aguilar (Miembro), Danilo De Assis Clímaco (Miembro) y con la asistencia del Dr. Juan Felipe Meléndez De La Cruz, Vicedecano de la Facultad, se dio inicio a la sustentación del Trabajo de Suficiencia Profesional presentada por la Bachiller Miriam Karina, Cardenas Moreno, para optar el ***TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA*** *titulada:*

"Experiencia laboral en el monitoreo del componente Tuberculosis".

A continuación, se formularon las preguntas y observaciones por parte de los miembros del Jurado. Luego de absueltas, el Jurado procedió a calificar la exposición del Trabajo de Suficiencia Profesional obteniendo la nota de:

Dieciséis (16

El Jurado, de conformidad al Reglamento General de Grados y Títulos de la Facultad, acordó otorgar a la Bachiller Miriam Karina, Cardenas Moreno, el ***TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA*** *y para dar constancia se extendió la presente Acta y firmaron:*

Dr. Pedro Jacinto Pazo
Presidente

Dr. Sabino Arroyo Aguilar
Miembro

Dr. Danilo De Assis Clímaco
Miembro

Dra. Natali Durand Guevara
Asesora

UNMSM
Firmado digitalmente por MELENDEZ DE LA CRUZ Juan Felipe FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 29.12.2025 14:38:54 -05:00

Dr. Juan Felipe Meléndez De La Cruz
Vicedecano Académico

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, …Natali Durand Guevara en mi condición de asesora acreditada con Dictamen Nº…015A-D-EPANT-2025, de la E.P. de Antropología del Trabajo de Suficiencia Profesional (TSP), cuyo título es "Experiencia laboral en el monitoreo del componente Tuberculosis", presentado por la Bachiller Miriam Karina Cardenas Moreno
para optar el Título Profesional de Licenciada en Antropología,
CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 5….% de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Título Profesional correspondiente.

Lima, _11____ de _diciembre__ de 2025__



Firma de la Asesora: _____

Nombres y Apellidos de la asesora: _Natali Durand Guevara

DNI: 42766544_____

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

DEDICATORIA

El presente trabajo, lo dedico con mucho cariño a mi familia, en especial a mi madre y hermana por su motivación constante de seguir luchando por mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a DIOS por cuidarme cada día y guiar mi camino.

A los docentes que me han acompañado durante este periodo de asesoría, gracias por su tiempo, orientación y enseñanzas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA 2

AGRADECIMIENTO 3

ÍNDICE DE CONTENIDO 4

LISTA DE FIGURAS 6

RESUMEN 7

INTRODUCCIÓN 8

CAPÍTULO I: LOS RETOS DEL MONITOREO COMUNITARIO EN LAS INTERVENCIONES DE TB 12

1.1. Introducción 12

1.2. El contexto epidemiológico de la tuberculosis en Lima, Perú 13

1.3. Descripción del proyecto 15

1.4. Mi labor como monitora 18

1.4.1. Capacitación 18

1.4.2. Funciones administrativas 20

1.4.3. Seguimiento de indicadores de tuberculosis (TB) 21

1.4.4. Visitas en el proceso de monitoreo 22

1.4.5. Reuniones con el equipo de monitoreo y especialistas 26

1.5. Los retos de la experiencia laboral 28

1.5.1. Los asuntos biomédicos son relevantes en las discusiones de las reuniones 29

1.5.2. La presión en el trabajo 31

1.5.3. Sostenibilidad de los indicadores de las intervenciones de tuberculosis 33

1.6. Conclusión del capítulo 34

CAPÍTULO II: LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL MONITOREO. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA ANTROPOLOGÍA 36

2.1. Introducción 36

2.2. Aportes de las ciencias sociales a la comprensión de la tuberculosis 36

2.3. De las intervenciones biomédicas al fortalecimiento de la participación comunitaria 41

2.4. Conclusión del capítulo: 46

CAPÍTULO III: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA EN MONITOREO 47

3.1. Aprendizajes 47
3.2. Dilemas éticos 47
3.3. Contradicción institucional 49
3.4. Aportes del enfoque antropológico 50
3.5. Recomendaciones 50
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 52
BIBLIOGRAFÍA 55
ANEXOS 58
Anexo 1. Glosario 58
Anexo 2. Fotografías 59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Lugares focalizados con alta incidencia de tuberculosis (TB) a nivel nacional en poblaciones vulnerables. 25
Figura 2 Cantidad de casos de tuberculosis (TB) en 8 regiones del país correspondiente al año 2025 (enero a junio). 38
Figura 3 Fortaleciendo el sistema de salud con equipos sanitarios 40
Figura 4 Entrega de equipos, fortaleciendo el sistema de salud 59
Figura 5 Zona de intervención en la Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB) en Villa El Salvador 59

RESUMEN

En mi labor profesional en monitoreo del componente de tuberculosis (TB), tiene como propósito reflexionar sobre mi función en la ejecución del Proyecto Nacional respuesta a la tuberculosis (TB) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual se orienta hacia un desarrollo técnico clínico y contribuir con los aportes teóricos de las ciencias sociales, para identificar la importancia de la participación activa comunitaria. Existe una invisibilización social de la comunidad a pesar que desde la misma ONG Unidos por la Salud se tenga un enfoque de lucha por la justicia social, se ve al paciente sólo como un receptor de tratamiento, visto desde un enfoque individual, centrándose solo en la atención del paciente sobre la tuberculosis, sin considerar su contexto familiar o social. Se lucha contra la TB, a través de estrategias sanitarias de recursos y servicios, donde la participación de los miembros comunitarios es limitada. Por otro lado, existe un mecanismo de apoyo debilitado en el equipo del proyecto, se va perdiendo la sensibilización con la población vulnerable con TB.

Palabras claves: Biomédico y tuberculosis (TB).

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es la segunda enfermedad que mayor mortalidad presenta en la población, considerándose un gran problema para la salud pública. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2023), se tiene como propósito erradicar la enfermedad para el año 2030. En el país el fallecimiento mayormente se da en jóvenes y adultos, el cual se vincula con factores de pobreza y las limitaciones para acceder a una atención oportuna a los centros de salud. En el 2024, el Ministerio de salud (MINSA) para luchar contra la TB, ha considerado a los puntos focalizados con mayor incidencia de TB, tales como Lima Metropolitana, Callao y regiones priorizadas, se han ejecutado varias estrategias de intervenciones con la Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB) y otros apoyos clínicos (MINSA, 2025).

En la actualidad existe un trabajo en conjunto entre el MINSA y la ONG Unidos por la Salud, a través del Proyecto Nacional respuesta a la tuberculosis (TB) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), en la lucha para disminuir la incidencia de TB en poblaciones vulnerables, desde una mirada clínica.

Ahora, mi labor profesional como monitora en el componente de TB, mi interés fue conocer la realidad de la población vulnerable que es afectada por la TB y contribuir desde mi función con el seguimiento de las intervenciones. Asimismo, conocer las diferentes estrategias que se ejecutan para fortalecer hacía una respuesta sanitaria inmediata en los lugares que se han considerado como prioridad en el país, el cual se lucha por la justicia social y garantizando el derecho a la salud a las comunidades.

El proyecto se desarrolla durante el periodo de julio 2022 a diciembre 2025, del cual formo parte desde el 2024 hasta la actualidad, cabe destacar que ingresé en una etapa donde se van cerrando o finalizando actividades, en relación al logro alcanzado de las metas programadas. Por lo que tuve que capacitarme incluso fuera del horario laboral, para estar al nivel de mis compañeros(as) monitores. Ya que, dentro de mis funciones es realizar continuamente el seguimiento y actualización del Plan Operativo Anual (POA), donde se encuentran los componentes, intervenciones, actividades y subactividades sobre la TB. Asimismo, realizar la recopilación de los medios de verificación, sistematización de datos, actualización de las diferentes matrices de bases de datos que son elaborados en relación a los indicadores, realizar los informes trimestrales y reportes sobre el avance del proyecto.

En el marco de la ejecución de mis funciones existen también retos vinculados con mi formación en antropología, como los asuntos biomédicos, dado que tiene una mirada clínica sobre los servicios sanitarios. Asimismo, la presión en el trabajo, en el cual se va perdiendo la sensibilidad sobre la realidad de la población con tuberculosis y sobre la sostenibilidad de los indicadores tuberculosis, pues no solo se debe orientar al seguimiento técnico de metas desde un enfoque cuantitativo, sino contribuir con una mirada también cualitativa, dando mayor valor sobre el trabajo de campo. Al respecto, el Fondo Mundial (FM) en junio del 2025, redujo el financiamiento a la ONG, por lo que se tuvo que restringir varias actividades y entre ellas las visitas de monitoreo para las intervenciones en Búsquedas Activa de Tuberculosis (BATB). De este modo, las funciones de monitoreo se han concentrado en el seguimiento solo de indicadores y metas.

Al respecto, desde la Antropología se vinculan factores sociales, que permiten comprender e interpretar el punto de vista de las experiencias y saberes del grupo afectado por TB. No obstante, desde mi posicionalidad como trabajadora de este proyecto, reconozco mi función sobre una mirada técnica, el cual está orientada desde una postura institucional, considerando que para brindar una atención sanitaria y reducir la incidencia de TB, implica reconocer el seguimiento y reporte de los indicadores de TB sobre la precisión únicamente de los datos, pues todo ello forma parte de cómo se desarrolla mi trabajo profesional. Ahora, desde mi función me permite reconocer los sesgos que logran invisibilizar los factores sociales, pues cuestiono la idea que los indicadores muestren totalmente la realidad humana del contexto local, ya que no se reflejan las necesidades reales, conociendo el punto de vista de las experiencias y saber del grupo que es afectado por la enfermedad de TB.

Desde una perspectiva reflexiva de cómo estoy manejando la parte técnica o biomédica que cobra gran relevancia en mi función, es reconocer el análisis de los datos o cifras a conciencia, pues desde mi perspectiva, la comprensión de los reportes de los indicadores de TB va más allá de metas o casos, dado que se encuentran pacientes que deben cumplir con Terapias Preventivas de la TB (TPT) en penales, población pediátrica, etc. No obstante, es preciso promover un espacio de monitoreo en el que incluya la participación activa comunitaria, el cual integre la experiencias y voces de la población en riesgo.

Es así, que, el presente Trabajo de Suficiencia Profesional (TSP), tiene como propósito realizar una reflexión sobre mi función en la ejecución del proyecto, el cual se orienta hacia un

desarrollo técnico clínico y contribuir con los aportes teóricos de las ciencias sociales, para identificar la importancia de la participación activa comunitaria.

Respecto a la metodología que se aplicó en el trabajo, corresponde a una sistematización de la experiencia laboral, el cual me ha permitido desarrollar una reflexión e interpretación de las acciones ejecutadas durante mi desempeño profesional. En cuanto a la información se usaron notas de campo, observaciones directas e informes, durante el periodo 2024 – 2025. El enfoque que se empleó fue cualitativo con elementos etnográficos y reflexiva. Para este análisis y reflexión se han abordado tres puntos significativos: La descripción de mis funciones laborales, identificación de las tensiones en la experiencia profesional y la interpretación de los teóricos hacia una mirada antropológica en salud.

Siguiente con este lineamiento de información. El proyecto está estructurado en tres capítulos:

El primer capítulo, aborda sobre los retos del monitoreo comunitario en las intervenciones de TB. Desarrollando como primer punto, la epidemiológica de la TB; pues la enfermedad de TB es uno de los problemas de salud pública, afectando sobre todo a poblaciones vulnerables. Existen estrategias para erradicar la TB, desde una oferta de servicios sanitarios, dando menor peso a los aspectos sociales. El segundo punto, sobre la descripción del proyecto, se aborda qué estrategias como organización se están ejecutando para brindar una atención sanitaria y para luchar contra la injusticia social. El tercer punto, aborda mi labor como monitora, basado en el seguimiento de indicadores de TB, sistematización de datos, reportes sobre el avance del proyecto en el cumplimiento de metas. El tercer punto, se desarrolla los retos de la experiencia laboral, abordando los asuntos biomédicos fortaleciendo el sistema de salud con servicios y equipos sanitarios, presentando una mirada limitada desde el aspecto técnico. Por otro lado, se suma la presión en el trabajo, factor que debilita al equipo de trabajo. Además, sobre la sostenibilidad de los indicadores de las intervenciones de TB, implica cumplir con las metas sobre los logros alcanzados.

En el segundo capítulo, se desarrolla la importancia de la participación comunitaria en el monitoreo desde la Ciencias Sociales. En este apartado se presenta el análisis conceptual desde una mirada antropológica. Como primer punto, se desarrollan los aportes de las ciencias sociales a la comprensión de la TB, en el cual la enfermedad no solo es vista desde un fenómeno biológico, sino que involucra los aspectos sociales y estructurales. Como segundo punto, se aborda de las intervenciones biomédicas al fortalecimiento de la participación comunitaria,

pues las acciones técnicas, solo concentran como un problema específicamente individual médica, de manera que se debe promover una participación activa de los miembros comunitarios.

El tercer capítulo, se centra sobre una reflexión crítica desde la experiencia laboral en monitoreo. Consecutivamente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I: LOS RETOS DEL MONITOREO COMUNITARIO EN LAS INTERVENCIONES DE TB

1.1. Introducción

El capítulo aborda mi experiencia como monitora en el Proyecto Nacional respuesta a la TB/VIH de la ONG Unidos por la Salud, el cual me ha permitido conocer cómo es que la organización ejecuta los diferentes indicadores de TB, enfocándose en la atención médica de la población vulnerables, a través de servicios médicos para reducir la incidencia de TB, ha sido realmente un aprendizaje constante. Ahora, esto implica reconocer también los retos desde mi práctica laboral, considerando un manejo desde la parte sistematización de datos, además, indicar que, a partir de la reducción del FM, no se realizará visitas de monitoreo. En este sentido, considero relevante que se debe tener una mirada más humanizada sobre las actividades, las cuales no se están ejecutando con la población.

Se busca realizar una reflexión sobre sobre mi función técnica, pues el proyecto se orienta hacia una oferta de servicios médicos, dando mayor importancia a la sistematización de datos, dejando de lado el trabajo de campo con un enfoque cualitativo, pues desde mi perspectiva para comprender la realidad de las personas que presentan esta enfermedad de TB, se debe destacar el trabajo hacia un monitoreo comunitario en las intervenciones de TB.

El capítulo se estructura en 4 puntos relevantes:

Primer punto, se desarrollará el contexto epidemiológico de la TB en Lima, Perú, señalando la lucha contra la TB y las estrategias ejecutadas.

Segundo punto, se describe el proyecto, para conocer las estrategias sanitarias que ejecuta frente a la reducción de incidencia de la TB, relacionado a los indicadores de componente de TB.

Tercer punto, explicaré sobre mi labor como monitora, el cual comparto algunas experiencias sobre visitas de monitoreo, realizadas antes de la reducción presupuestal del FM. Asimismo, algunos contextos sobre reuniones con el equipo de monitoreo, para evaluar el avance de los indicadores.

Cuarto punto, se presentan los retos de mi experiencia laboral, tales como el enfoque biomédico relevantes para el proyecto, la presión en el trabajo, el cual implica perder la

sensibilidad sobre la población vulnerable y la sostenibilidad de indicadores, marcado por el cumplimiento de metas, es decir, un seguimiento técnico.

1.2. El contexto epidemiológico de la tuberculosis en Lima, Perú

La tuberculosis (TB) es una enfermedad que tiene como origen a la bacteria *Mycobacterium tuberculosis.* Su contagio se transmite de una persona a otra, a través de la vía aérea (Organización Mundial de la Salud, 2025a) y las primeras manifestaciones de la enfermedad están asociados a la tos, disminución de peso, aumento de temperatura y fatiga. Las poblaciones con alto riesgo a contagiarse son: personas con VIH, profesionales en salud, personas privadas de su libertad, familiares que viven con una persona con TB, entre otros (Ministerio de Salud, 2024). Según lo indicado por la OMS (2025b), la tuberculosis es la segunda enfermedad más infecciosa causando un mayor número de muertes a nivel mundial, siendo superada por el COVID-19.

En el contexto de Perú, la tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública, causando en su mayoría el fallecimiento entre jóvenes y adultos. Esto se vincula con la pobreza y las limitaciones para acceder a la atención de los establecimientos de salud. Es preciso señalar, que, en los años de 1950 en adelante, el país vivió un proceso de migración de la población del campo a la ciudad, lo cual generó un crecimiento rápido en las zonas urbanas, específicamente en la ciudad de Lima. Ante ello, la población y las condiciones precarias aumentaron, concentrándose la mayoría de los casos de tuberculosis (MINSA, 2015).

Hoy en día, gran parte de la población vive en lugares urbanos marginados con un alto nivel de pobreza, con familias que son numerosas, lo cual afecta a la calidad de vida de las personas, lo cual contribuye en la propagación del contagio de la enfermedad.

Siguiendo con este lineamiento de información, en el año 2017 la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB), reportó un total de 31, 087 casos de personas que fueron infectadas por tuberculosis, correspondientes a 12 regiones: Lima, Callao, Arequipa, Cusco, Lambayeque, Loreto, Ica, Ucayali, Tacna, Madre de Dios, La Libertad y Moquegua. De acuerdo, a lo indicado, entre los años 2018 y 2020, se ejecutó un Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis, a través del cual el MINSA se enfocó en las regiones priorizadas (Lima, Callao, Loreto y La Libertad), que concentraban el 75% de casos que abandonan el tratamiento y son resistentes a la tuberculosis (MINSA, 2018).

En el 2021, según el reporte del MINSA a nivel nacional, se encontró mayor número de personas con tuberculosis (TB) en Lima Metropolitana y Callao, evidenciándose en los siguientes puntos: Lima Norte se registraron 2,786 casos, Lima Centro con 2,448, Lima Sur con 1,850, Lima Este con 1,739 y para Callao con 9,72 casos. Bajo este contexto, en muchos de estos sectores el acceso a la atención médica es limitado (MINSA, 2023).

En base a lo indicado, desde mi opinión hay una cuestión, porqué en estos espacios urbanos existen mayores casos de TB, es así que, desde una mirada antropológica, se puede comprender desde las desigualdades territoriales, abordando cuatro aspectos que considero importantes, desde una "urbanización desigual"; en el que se asocia la TB con lo territorial, en tal sentido, existe un crecimiento poblacional en espacios periféricos, en el que se incluyen los asentamientos humanos, y estos lugares justamente presentan problemas en tener un acceso a los servicios básicos, como centros de salud, la vivienda, agua potable, etc. Cuando la población crece no todos tienen la misma facilidad para acceder a estos servicios generando un problema en la salud de la comunidad. Por otro lado, también considero el "hacinamiento" en estos territorios, debido a que las familias suelen ocupar un reducido espacio en el hogar, generando que se propague con mayor facilidad la enfermedad.

Estas condiciones profundas en estos espacios, marcan una "pobreza estructural" en el que se articula la enfermedad y la mala calidad de vida de las personas o familias, atribuyendo a la falta de empleo, la mala alimentación, etc. Otro punto relevante, son las "migraciones forzadas", en busca de mejores oportunidades, de manera que también implica un riesgo de contagio en los lugares donde las condiciones de vida no son buenas.

Ahora bien, en el año 2024, la DPCTB reforzó la lucha contra la tuberculosis en Lima Metropolitana, Callao y provincias priorizadas, ejecutando diversas estrategias como las intervenciones de Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB), el cual se logró tamizar a 72,792 personas en espacios como: Albergues, establecimientos penitenciarios y comunidades vulnerables, con alto riesgo de contagio, logrando identificar 32, 950 casos de tuberculosis en Lima Metropolitana y Callao (MINSA, 2025). Otras estrategias, también estuvieron enfocadas en reforzar el manejo clínico, con el apoyo de nuevas tecnologías para la identificación de casos. Asimismo, con la implementación de los nuevos esquemas de tratamientos más cortos. Estas medidas establecen acciones de prevención y cuidado frente a la enfermedad (MINSA, 2024).

Las estrategias sanitarias por el MINSA se enfocan en las mejoras de la oferta de servicios clínicos, dando menor peso aquellos aspectos estructurales que inciden en la permanencia de la tuberculosis. En este sentido, Muñoz y Fernández (2011), señalan que los determinantes estructurales están relacionados con la tuberculosis, comprenden aspectos económicos, las condiciones de vivienda y el bajo nivel educativo. Es así, que las comunidades que presentan problemas para acceder a una atención médica aumentan la posibilidad de contagio y propagación de la enfermedad. Del mismo modo, Farmer (2000) sostiene que las condiciones de pobreza constituyen un mecanismo para que se puedan desarrollar con facilidad las enfermedades, especialmente en contexto de vulnerabilidad, evidenciándose de este modo las desigualdades estructurales.

De acuerdo con lo expuesto, el trabajo en conjunto entre el MINSA y la ONG Unidos por la Salud, con el financiamiento del Fondo Mundial (FM), buscan fortalecer la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud en el país e impulsar las acciones de prevención de la tuberculosis, poniendo énfasis en la población vulnerable.

Ahora desde mi perspectiva, uno de los problemas que presenta el FM y la organización sobre el proyecto, es centrarse en la oferta de servicios fortaleciendo el sistema de salud desde un enfoque técnico – biomédico, de manera que, sea limitado a visibilizar al sujeto al paciente desde su propia experiencia, perspectiva y necesidades en situación vulnerable, teniendo una participación limitada de los miembros comunitarios en el fortalecimiento de las intervenciones para dar una mirada social.

1.3. Descripción del proyecto

Para la ejecución del Proyecto Nacional respuesta a la TB/VIH de la ONG Unidos por la Salud en el país, se cuenta con el apoyo financiero del FM. Respecto al seguimiento presupuestal se encuentra a cargo de la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA), creada por el FM. Ahora, dentro de este organismo se encuentra el Comité de Monitoreo Estratégico, el cual está conformado por representantes del Ministerio de Salud (MINSA), TB, VIH, los sectores comunitarios que son afectados por estas enfermedades y otros representantes del estado peruano.

El proyecto dio inicio con las actividades en junio de 2022 y programado para finalizar en diciembre de 2025, el cual tiene como propósito fortalecer a la respuesta sanitaria sobre la enfermedad de TB a nivel nacional. Para el seguimiento de las intervenciones se cuenta con

una matriz llamada Plan Operativo Anual (POA), estructurada por componentes, agrupados por intervenciones, actividades y subactividades. Este plan me permite realizar de forma ordenada un monitoreo de seguimiento sobre los indicadores de TB, para el cumplimiento de las metas programadas, tanto mensual como anual.

A través de este proyecto, se presentan dos componentes relevantes de la TB, los cuales forman parte del POA 2022-2025:

a) Atención y prevención de la tuberculosis

En este apartado, se muestran los indicadores que forman parte de la estrategia sanitaria para reducir la TB, entre ellas se resalta la implementación de la Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB), esto comprende realizar intervenciones en puntos focalizados de la comunidad para detectar casos con TB, por medio de los tamizajes y que las personas puedan realizarse una prueba rápida de descarte totalmente gratuito y de esta forma detectar pacientes enfermos.

No obstante, lo mencionado está enfocado desde una mirada clínica, pues la intervención gira en torno como único sujeto al paciente, bajo este escenario solo se toma en cuenta para el registro en el POA, la cantidad de tamizajes e intervenciones, sin tomar en consideración los factores sociales que rodea al paciente, en la que se analizan los problemas profundos que responda por qué las poblaciones siguen siendo afectadas por TB y cómo entiende la comunidad sobre la enfermedad, entre otros.

Por otro lado, se realiza el seguimiento sobre la implementación de equipos sanitarios, mejorar la infraestructura de los establecimientos para un diagnóstico rápido de TB en pacientes. Sumando a ello, se realizan capacitaciones a los profesionales de salud y el apoyo de la participación de los miembros comunitarios, para sensibilizar sobre la prevención en TB. Bajo lo indicado, aporta para seguir reduciendo el contagio de la enfermedad.

Lo expuesto me permite medir el avance de los indicadores, pero desde mi posición considero que también se debería comprender cómo la enfermedad está afectando la vida diaria de la persona y su ámbito familiar, comprendiendo sus propios temores y necesidades, saber qué circunstancias están atravesando, que no permiten lograr en culminar con un tratamiento de forma oportuna, ya sea por situaciones económicas, pobreza, falta de trabajo, etc., el cual se reproduce las desigualdades sociales.

Por otro lado, también se encuentra el indicador de la terapia preventiva en población pediátrica y adulta, esto incluye también a las personas que se encuentran privadas de su libertad. Este indicador, me permite realizar un seguimiento sobre la cantidad de personas que reciben los fármacos o medicamentos para prevenir la enfermedad, los cuales son distribuidos en los centros de salud y establecimientos penitenciarios, con la vigilancia del personal de salud correspondiente.

b) Tuberculosis multirresistente

Para este apartado, se considera el indicador sobre los esquemas de tratamiento oral acortados, son medicamentos que permiten al paciente llevar un tratamiento promedio de nueve meses. Se resalta el trabajo del proyecto, pues se está trabajando de forma descentralizada sobre los recursos y servicios médicos, con el fin de llegar a muchas comunidades que tienen dificultades con el acceso hacia una atención médica, como en el caso Lima Norte. Ahora, se cuenta con el apoyo de los miembros comunitarios, pues juegan un papel relevante, para el seguimiento y el soporte emocional de los pacientes, no obstante, por un tema presupuestal, ha quedado limitado su participación.

De acuerdo a los criterios establecidos en el proyecto, se contempla un enfoque integral, el cual aborda una atención sanitaria desde la realidad del paciente y su contexto. Además, se toman decisiones entre instituciones, pues se viene trabajando en coordinación con el FM, MINSA, CONAMUSA y el proyecto como ejecutor de las intervenciones. El proyecto, se destaca por implementar la tecnología en los centros de salud, a partir de la adquisición y entrega de equipos con inteligencia artificial, destacando una expansión en todo el país, caracterizándose por un trabajo entre la parte médica y un acompañamiento de los miembros comunitarios.

Ahora, dentro de la filosofía del proyecto, presenta una mirada de justicia social, pues las atenciones deben estar sujetas hacia una línea más humanizada, sin diferenciar el nivel económico de los pacientes, el ambiente donde viven para acceder a los servicios de salud, etc. También se subraya las competencias del personal de salud, el cual involucra capacitar al personal continuamente, asegurando un trabajo eficiente.

Considerando lo expuesto, queda claro que el proyecto busca la justicia social para las comunidades vulnerables, pues los servicios de salud deben estar al alcance de la población, ya que es un derecho esencial para todos. Desde lo institucional se tiene marcado que existen

determinantes sociales, como la pobreza, la mala alimentación y los servicios de salud que marcan en la sociedad una injusta desigualdad estructural, que incluyen lo político y social. Ahora, desde mi posición, existen contradicciones entre la justicia social y práctica biomédica, pues primero se considera como prioridad al sujeto y sus necesidades, pero en la práctica lo relevante es cumplir con las intervenciones para lograr las metas programadas, considerando indicadores medidos y sistematizados. Se invisibilizan las verdaderas necesidades y voces de los pacientes.

Por otro lado, considero que existe una tensión institucional, porque los indicadores están sujetos a cumplir metas, entonces el personal de salud con el apoyo de los miembros comunitarios, se enfocan en socializar la intervención y realizar la mayor cantidad de tamizajes, pasando a un segundo plano una atención más humana. Esto refleja una distancia entre la comunidad, pues no se logra generar confianza y un acompañamiento comunitario, quedando su función limitada.

1.4. Mi labor como monitora

El presente apartado se describe sobre las actividades que desarrollo diariamente en mi función como monitora del componente de tuberculosis (TB). El cual, se ha estructurado en cuatro puntos relevantes: a) Capacitación, enfocado a mi proceso de adaptación en el área de monitoreo. b) Las funciones administrativas sobre los medios verificación, el cual incluye la recopilación de información. c) Seguimiento de indicadores, vinculado al cumplimiento de las metas programadas. d) Interacción de monitores y especialistas.

1.4.1. Capacitación

Al formar parte del equipo de la ONG Unidos por la Salud en el año 2024. Los primeros meses de trabajo, han sido todo un reto en mi proceso de adaptación en el área de monitoreo, tomando en cuenta que es un proyecto en etapa de cierre en diciembre 2025, de manera que tuve que capacitarme fuera del horario laboral, para poder estar al nivel de mis compañeros (as) e involucrarme con los avances de las actividades y comprender sobre todo los términos técnicos en salud que se emplean en el proyecto. Esto me resultó útil, no solo para realizar el seguimiento o procesamiento de información de los indicadores, sino también para comprender mejor sobre las reuniones y dar soporte sobre los avances a los especialistas. Bajo este contexto, comparto la siguiente experiencia:

La primera semana laboral, el jefe del área de monitoreo me indicó: “tienes que estar al nivel de tus compañeros(as) lo más antes posible, involucrarte con las actividades del proyecto, ya que los indicadores deben actualizarse continuamente del componente de tuberculosis”. Es así, que una compañera me brindó una capacitación breve, compartiendo documentos como el plan de monitoreo, informes presentados trimestralmente, matrices y presentaciones (PPT) del avance del proyecto, etc. Esto no fue suficiente, pues debía repasar fuera del horario laboral, para involucrarme con los términos técnicos en salud y saber sobre el avance de las actividades.

No obstante, aún me quedaban vacíos sobre la comprensión de algunos indicadores como, por ejemplo: La Búsqueda Activa de Tuberculosis ¿cuál es su propósito? ¿Cómo se desarrolla? ¿Quiénes participan? ¿Cuáles son los equipos que usan para estas intervenciones? ¿Qué función tiene cada equipo? ¿Qué variables se identifican para procesar información en la BATB?, etc. Es así, que también aproveché los espacios a la hora del almuerzo para que mis compañeros(as) puedan ahondar el tema, ya que, fue complicado tener una respuesta inmediata dentro del horario laboral, por la carga de actividades.

Una compañera notó mi preocupación y me dijo: “Yo también he pasado por lo mismo, tuve que repasar muchas horas fuera del horario laboral, a pesar que soy obstetra tuve inconvenientes porque no entendía nada”. Cuando le pregunté en cuántos meses, empezaste a entender cómo se desarrolla el proyecto, a lo que me dijo: “me llevó de 3 a 4 meses, aunque sigo teniendo mis dudas en algunas cuestiones de gestión”. Además, resaltó indicando: “durante este periodo de 9 meses en el proyecto, he visto a varios monitores que han renunciado, sé que es un área muy recargada laboralmente, así que, no dudes en preguntarme” (C.M. Nota de campo, 09 setiembre 2024).

En este escenario, desde mi perspectiva hacia una mirada antropológica, la propia institución va marcando barreras estructurales, pues las condiciones que se dan en la propia organización, generan una gran dificultad o desventaja sobre el aprendizaje, pues limitan de alguna manera de tener una capacitación constante al ser nuevos miembros del equipo, en el que se tiene que buscar espacios informales para entender conceptos y contrastarlo con la realidad cuando se realizan las intervenciones, tal es el caso, cuando busqué a mis compañeros (as) a la hora del almuerzo para una respuesta a mis dudas.

Se exige mucha productividad de trabajo en el área de monitoreo, pero no hay una formación equitativa, visibilizando la falta de condiciones justas sobre una buena inducción y acompañamiento. De este modo, me he sentido con una exigencia muy alta laboralmente para dar respuesta a las necesidades en cuanto al avance de indicadores, sin contar con una capacitación constante institucionalmente, pues he resuelto muchas veces los vacíos sola investigando.

Ahora, la falta de capacitación sobre una estructura institucional, desde mi experiencia ha revelado la falta de planificación para orientar y dar soporte al nuevo personal profesional, existe un debilitamiento en la organización de forma interna, se deja al personal con la carga de que debe asumir sus funciones bajo una responsabilidad, esto conduce a la persona a buscar por su cuenta capacitarse o puede generar una renuncia inmediata.

Esto refleja una desigualdad y moralidad en el trabajo, debido a que algunos compañeros (as), recibieron una capacitación pertinente en su debido momento, cuando el proyecto estaba iniciando las intervenciones. Ahora en los últimos años, se han incrementado las responsabilidades de cada miembro del equipo y jefe, por lo que se deja de lado a los nuevos integrantes del proyecto para una orientación adecuada. Ante ello, la moralidad del trabajador (a) se va reflejando en un sacrificio que realiza para cumplir con sus responsabilidades a través de capacitaciones fuera del horario laboral.

1.4.2. Funciones administrativas

Mi labor como monitora está sujeta al seguimiento de un Plan Operativo del proyecto ejecutor 2022-2025, el cual registro el avance de las intervenciones. Esto responde a la necesidad de seguir fortaleciendo los servicios de salud frente a la tuberculosis, alineándose a la Norma Técnica de Salud (NTS) del MINSA del 2024, para el control de la enfermedad.

Trabajo en coordinación con la asistenta del proyecto y los especialistas, para que me brinden los medios de verificación (actas, informes, listas de capacitaciones, formatos de supervisión, etc.) para que sean digitados y sistematizados los datos. Cuando suscitan retrasos de entrega de documentos, se genera una tensión laboral, ya que debo presionar, para que se actualice el avance en el plan operativo, pero muchas veces no dependen de nosotros como proyecto, contar con los medios de verificación inmediatamente, sino del MINSA lo que retrasa la actualización del avance del indicador. Comparto la siguiente experiencia:

En el mes de agosto del 2025, se realizaron tres capacitaciones organizadas por el MINSA, para los profesionales de la salud, con especialidad en radiología, para que operen los rayos x con inteligencia artificial, relevante para diagnosticar la TB en menor tiempo. Desde mi función y en coordinación con la asistenta del proyecto, le solicité: "que me comparta las listas de asistencia, y que verifique que todas las variables del registro estén con datos, para no tener problemas cuando se derive a digitar".

Ahora, la asistenta me comentó: "Aún no tenemos las listas, me indicaron que mañana lo compartirán, pero como todas las capacitaciones anteriores, nunca comparten de inmediato, siempre hay demora como un mes". Es así, que, de mi parte, tuve que presionar seguidamente tanto a la asistenta del proyecto y especialista para que obtengan las listas de capacitación, pues se debía saber cuántos EE. SS lograron llevar la capacitación al menos con un personal de salud. (C.M. Nota de campo, 14 agosto 2025).

Dentro de este escenario, la tensión evidentemente en lo laboral, surgen por los retrasos de los medios de verificación (listas de asistencia) que no son compartidos a tiempo, por factores externos. En consecuencia, de esta experiencia, me permitió conocer un poco más la dinámica de trabajo del MINSA, caracterizándose por tener procesos de gestión con tiempos muy largos, influyendo en el avance del proyecto.

En función a lo indicado, me ha permitido manejar situaciones de tensión en los procesos administrativos y tener un seguimiento constante de las actividades para cumplir con el avance de indicadores. Desde la antropología, más allá de los procesos administrativos en salud, se muestra las relaciones de trabajo que influyen en el cumplimiento de las metas, desde este escenario se reflejan las inequidades estructurales de una organización (MINSA), es decir, cómo está organizado el sistema, con sus procesos, burocracia, etc., que no permiten tener una respuesta rápida.

1.4.3. Seguimiento de indicadores de tuberculosis (TB)

Es importante el seguimiento sistemático de los indicadores de TB, para mejorar la implementación de actividades que sean necesarias. Asimismo, contribuir con el análisis de la información y el seguimiento de los resultados.

Por otro lado, la DPCTB-MINSA nos comparte bases de datos para actualizar el avance del proyecto, sobre todo en tres indicadores: BATB (intervenciones focalizadas en sectores vulnerables para detectar casos de TB), esquemas orales (medicamentos para el tratamiento de la TB) y la terapia preventiva de TB (TPT), son medicamentos para prevenir el contagio de la enfermedad, para personas que han tenido contacto o viven con familiares con TB.

De acuerdo a lo mencionado, me ha generado tensiones laborales, por la alta exigencia y complejidad de las bases de datos, que muchas veces he solicitado el apoyo del área de datos, para que proceda digitar todos los medios de verificación y se agende una reunión para analizar en conjunto cada indicador, pues se ha reportado muchas veces inconsistencias en la información brindada por la DPCTB.

Cabe destacar, que existe una dinámica institucional en la que se trabaja bajo presión, pues existe siempre la necesidad de solicitar apoyo para la sistematización de datos y para revisar en conjunto las inconsistencias. A partir de estas exigencias tuve que articular rigurosamente mi trabajo hacia un enfoque técnico y comprender los términos sanitarios, que facilitan el análisis para sostener el avance de las metas.

En el marco de la experiencia, desde una perspectiva antropológica, no sólo depende de los procedimientos técnicos, para actualizar el avance de las intervenciones en TB, por ejemplo, que solo implique sistematizar datos en tamizajes, casos diagnosticados con TB, número de equipos entregados, etc. Sino también cómo las dinámicas institucionales logran influir en el avance de los indicadores, entre las interacciones de la ONG Unidos por la Salud y el MINSA.

1.4.4. Visitas en el proceso de monitoreo

Antes de la reducción presupuestal por el FM, tuve la oportunidad de realizar algunas visitas de monitoreo, lugares como “zonas calientes”, donde se encuentran poblaciones con alta incidencia de contagio de tuberculosis. La primera visita que realicé fue en Loreto, en el distrito de Punchana, en el mes de enero de 2025, fuimos un grupo de 5 personas, de ellos 3 fueron representantes de la DPCTB - MINSA y del proyecto una Licenciada en enfermería y mi persona como monitora. Para esta intervención se contó con la participación de los miembros comunitarios, estos son miembros de la propia comunidad, que se suman para socializar y fortalecer el conocimiento sobre la prevención y el cuidado que se debe de tener de la enfermedad de TB.

En este distrito, se llevó a cabo una campaña sobre la intervención de la Búsqueda Activa en Tuberculosis (BATB), el cual fue organizada por el proyecto, la GERESA de Loreto y la Municipalidad de Punchana, esta intervención se desarrolló en un complejo deportivo. Fuimos recibidos por la líder del equipo de Búsqueda Activa Tuberculosis (BATB), haciendo mención lo siguiente: "No se está utilizando la Unidad Recolectora de Muestra, sino un Cooler para recolectar las muestras de esputo, la GERESA lo tiene guardado, no usamos ese kit importante para trabajar" (C.M. Nota de campo, 23 enero 2025). Cabe mencionar que como proyecto brindamos entregas de equipos médicos a los establecimientos de salud a través de las DIRIS/DIRESA/GERESAS. Y resulta alarmante que no se utilicen para las intervenciones.

Desde la contemplación antropológica, esta situación me hace reflexionar sobre la desigualdad estructural, que se presenta en estas intervenciones de BATB, no precisamente porque que exista una falta de recursos por implementar en los centros de salud. Sino por las acciones se van normalizando desde las DIRIS/DIRESA/GERESA, que, por temas internos, la respuesta sanitaria sobre la atención, llega a ser incompleta en las intervenciones, debido a que no se usan todos los kits de implementación de los rayos X, para que el personal de salud, resguarde las muestras de esputo y no se degrade, usando un simple cooler, que no está diseñado para las muestras. Como proyecto se ha brindado todo el equipamiento necesario para cada centro de salud. Es así, que se reproduce de manera desigual la calidad de servicios que se brindan en las campañas para sectores vulnerables.

Agregando lo indicado, el éxito de esta campaña de intervención para el proyecto, se mide por la cantidad de personas tamizadas, enfocada desde un acción técnica -clínica, considerando resultados cuantitativos, dejando de lado la comprensión de las percepciones de los pacientes, ya que ellos son los que viven o experimentan la intervención, minimizar o ignorar sus opiniones puede causar una respuesta negativa hacia la campaña.

Ahora, respecto a algunos miembros comunitarios, se observó que no están bien informados o involucrados con intervención, reflejando debilidad del proyecto, sobre las capacitaciones. Para conocer un poco el contexto de la intervención comparto la siguiente experiencia:

> El desarrollo de la intervención de Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB), inició a las 7:30 am, para llegar ya estaban instaladas las carpas, sillas y el personal de salud presente, entre enfermeras, técnicos en radiología y médicos neumólogos. Por otro lado,

> los miembros comunitarios, estaban organizándose en grupos para poder socializar la información y motivar a la comunidad a realizarse el tamizaje de tuberculosis. En este espacio se observó que no todos los comunitarios estaban informados sobre la prevención y cuidado de la tuberculosis. De manera que, el rol de algunos solo fue conducir al paciente para que se realice el tamizaje, el cual consiste en llevar al paciente para que se realice un examen radiológico con rayos X y detectar casos normales o anormales en los pulmones.
>
> Ahora, el reducido espacio de la sala de espera, generó incomodidad en algunos pacientes. Un paciente de avanzada edad, se me acercó indicando: "no es posible que estemos todos amontonados, encima hace mucho calor, aquí hay casos de tuberculosis". Posteriormente en respuesta a la incomodidad, los miembros comunitarios empezaron a reorganizar el espacio, separando a los pacientes para evitar contagios de tuberculosis (C.M. Nota de campo, 24 enero 2025).

Otra visita que realice en el mismo mes, fue el distrito de Villa El Salvador, en el departamento de Lima, donde se realizó la intervención de Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB) para la población vulnerable. Se contó con la participación del personal de salud, las organizaciones comunitarias, la DIRIS Lima Sur, la DPCTB (MINSA) y la Municipalidad del distrito.

> A las 7:15 am llegué al Local Comunal, para realizar el monitoreo de la intervención. Ya estaban presentes el personal de salud y las dos organizaciones comunitarias de VIH y OATs (Organización de Personas Afectadas por Tuberculosis). En el caso de los miembros comunitarios empezaron a socializar la intervención entregando folletos, pero no explicaban las medidas preventivas de la tuberculosis y que el rotafolio un material comunicacional sólo se utilizó como exhibición en la mesa del personal de salud (C.M. Nota de campo, 30 enero 2025).

Bajo ese contexto, algunos miembros comunitarios manifestaron no tener mucho conocimiento sobre las medidas preventivas de la tuberculosis, dado que la organización no realiza las capacitaciones. Otro caso, fue que una señorita solo estuvo reemplazando al miembro comunitario titular.

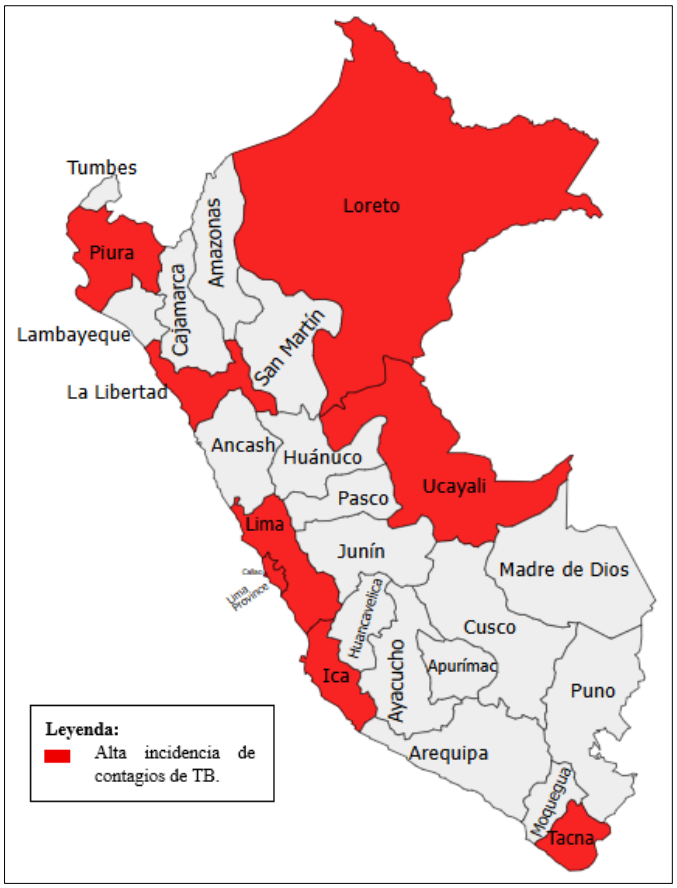
De acuerdo a esta intervención, aunque se busca promover la detección temprana, sobre casos de personas con TB, en las campañas e intervenciones se observa una desconexión de

información de los miembros comunitarios respecto al mensaje preventivo. Esto invita a reflexionar que la salud no solo es un tema clínico o médico, sino social. Es así, que, desde mi posición en la antropología, existe una desigualdad de preparación entre los miembros comunitarios y el personal de salud, reflejando un debilitamiento en el manejo de información sobre las medidas preventivas y promover las acciones saludables por parte de los miembros comunitarios.

Es así, que algunos solo cumplen la función de acompañar al paciente al área de tamizaje, no transmiten la información preventiva para concientizar a la comunidad, donde su participación es limitada, esto hace que se pierda actores claves para potenciar la intervención.

Figura 1

Lugares focalizados con alta incidencia de tuberculosis (TB) a nivel nacional en poblaciones vulnerables.



Nota. Ámbitos priorizados con alta incidencia de contagios de TB en poblaciones vulnerables, para la intervención de Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB) en 8 regiones y 12 DIRIS/DIRESA/GERESA en Lima Metropolitana y regiones. (C.M. imagen de campo, 08 julio 2025).

1.4.5. Reuniones con el equipo de monitoreo y especialistas

Las reuniones de monitoreo, se realizan todos los martes en el horario de 8:00 am a 1:00 pm, el equipo está conformado por el jefe del área de monitoreo y 3 monitores para los componentes del proyecto: TB, VIH y Comunitario. Cabe precisar que durante la semana también existen otras reuniones con los especialistas para informar los avances e inconvenientes sobre las actividades.

El propósito es reportar el avance y seguimiento de los indicadores, así mismo, evidenciar los problemas que no permiten cumplir con las metas, uno de los casos que reporté fue la lentitud respecto al avance de servicio sobre el sistema de ventilación en dos laboratorios referenciales en Madre de Dios y Ayacucho al mes de noviembre del 2024. Este servicio estuvo programado para realizarse en 3 meses, no obstante, se extendió aproximadamente en 7 meses.

Cuando suceden este tipo de inconvenientes afectando la parte programática, se agenda una reunión con la responsable. En este escenario, la arquitecta indicó, que: "La empresa contratada para este trabajo presenta observaciones en el sistema eléctrico, por lo que se amplían los plazos" (C.M. Nota de campo, 16 mayo 2025).

Este tipo de situaciones en el área de monitoreo, cobra relevancia para la toma de decisiones y la búsqueda de una solución, además, de generar presión para el cumplimiento de la actividad.

Otro caso, que, reporté fue la demora de entrega de equipos médicos para fortalecer el proceso de diagnóstico de tuberculosis y las intervenciones de Búsqueda Activa. En enero del 2025, se adquirieron los equipos financiados por el Fondo Mundial, entre ellos 28 rayos X, 33 truelab, 60 analizadores de hemoglobina glicosilada y 60 electrocardiógrafos, para garantizar una mejor atención moderna concentrada en el bienestar de los pacientes. La especialista responsable de esta gestión, mencionó:

> Que el MINSA aún está trabajando en la lista de distribución para la entrega de los equipos a los establecimientos de salud, por ello aún no se puede avanzar con la entrega, pero si estoy presionando mandando correos y también los estoy copiando. Además, estoy realizando llamadas telefónicas a los responsables de la DPCTB-MINSA para agendar una reunión (C.M. Nota de campo, 4 febrero 2025).

Ahora, una vez obtenida el cuadro de distribución, surge otro problema vinculado a la gestión administrativa de cada DIRIS/DIRESA en Lima Metropolitana y Callao. En el caso de la DIRIS Lima Norte, al mes de octubre del 2025, se entregaron los equipos a 6 establecimientos de salud, de ellos 3 establecimientos no están instalados en los laboratorios, a pesar que ya estamos en cierre del proyecto (C.M. Nota de campo, 17 octubre 2025).

En este contexto, el equipo de monitoreo identifica los problemas operativos, fallas de coordinación, por lo que se propone soluciones en acelerar los procesos, como comunicar oportunamente al equipo técnico del MINSA, reforzar el vínculo entre los actores de MINSA y las diferentes DIRIS/DIRESA.

Ahora bien, de acuerdo a lo expuesto, desde mi posición hacia una mirada antropológica, los problemas reportados sobre la demora en el sistema de ventilación en los laboratorios referenciales en Madre de Dios, Ayacucho y el retraso en la entrega de equipos sanitarios, no solo revelan un problema técnico, sino que las poblaciones vulnerables al final acaban recibiendo un servicios sanitario deficiente o tardío, ya que, si no hay un sistema de ventilación adecuado, se detiene las actividades en los laboratorios, por falta de acondicionamiento. Si no se entregan los equipos, el personal de salud, no logran realizar rápido el diagnóstico de TB, por ende, los pacientes enfermos, no podrán llevar un tratamiento oportuno.

Durante estos últimos meses, específicamente desde septiembre de 2025, las reuniones se han enfocado en los indicadores que se encuentran por debajo del 50% de avance. Este aspecto me ha representado cierta dificultad, ya que el avance de las metas, depende de la información brindada por el MINSA, sobre los reportes de las diferentes bases de datos, como la Intervención de Búsqueda Activa (BATB), Terapia Preventiva de TB (TPT) en población pediátrica y en el INPE, parte del componente de TB.

Una vez obtenidas las bases de datos, agendó una reunión en la cual debe estar presente el jefe de monitoreo y los especialistas de TB, para realizar el reporte del avance y errores encontrados. Esta situación me genera cierta preocupación, ya que al no tener una información “limpia”, me genera un retraso para actualizar los informes y reportes sobre el avance con información correcta. Por lo que se tiene que remitir al MINSA las bases de datos, para que nos expliquen a qué se debe tantos errores. Al respecto comparto la siguiente experiencia:

> La reunión para reportar el análisis de las bases de datos, se desarrolló a las 3:00 pm, en el mes de noviembre de 2025. Estuvieron presentes el jefe de monitoreo y dos especialistas en TB. Uno de los especialistas me preguntó: ¿Cómo vamos con el avance de terapia preventiva de TB (TPT) pediátrico con niños mayores de 14 años y menores de 18?, espero que las cifras hayan aumentado, porque aún estamos bien lejos de llegar a la meta. Le respondí: "No hay información sobre el rango etario mencionado, es necesario mandar un correo a la contraparte, pues al parecer no hubo pacientes que recibieron tratamiento este mes o es que el MINSA no está enviando información actualizada".
>
> Realmente esta situación generó preocupación en el equipo, debido a que existe un presupuesto para este indicador y no se está justificando o dando respuesta con los datos. Entonces, propuse indicando: "Considerar a todos los mayores de 14 años que recibieron TPT, pues de acuerdo al análisis que realicé al menos hay un avance, y por el momento se podría tomar esa información preliminar para los reportes" (C.M. Nota de campo, 03 noviembre 2025).

Ahora bien, desde mi posición hacia una mirada antropológica, no sólo existe un problema técnico, el cual limita actualizar sobre el avance real sobre el indicador de terapia preventiva pediátrica, ya que se ha demostrado datos duplicados, los datos no presentan concordancia y existen datos incompletos. Frente a estos vacíos de información, se recurre a una solución solo temporal, pues detrás de las cifras, también se vive la tensión y presión que se generan en el proyecto.

1.5. Los retos de la experiencia laboral

Mi trabajo como monitora me ha llevado a conocer cómo se organiza el proyecto para llevar a cabo las intervenciones de TB. Asimismo, adaptarme a la dinámica de trabajo del equipo de monitoreo, bajo presión, orientado al seguimiento de los indicadores, coordinación con los especialistas correspondientes y tomar las medidas necesarias.

En este aspecto resulta pertinente mencionar sobre los retos desde mi experiencia laboral. En el primer punto, se aborda los asuntos biomédicos, pues en los últimos meses, las reuniones se han enfocado respecto a la entrega de equipamientos médicos, de manera que no se integran las experiencias, percepciones y necesidades de la población vulnerables, para llevar un tratamiento adecuado y contribuir con la adherencia del tratamiento.

Como segundo punto, se aborda la presión en el trabajo, pues dado al cierre del proyecto, el estrés laboral ha generado en el equipo de monitoreo y especialistas solo cumplir metas, esto ha incluido algunos casos renuncias, debilitando al equipo del proyecto. Al respecto, el proyecto está orientado hacía una atención humanizada y justicia social, pero en la práctica de la realidad se aleja de esa mirada.

En cuanto al tercer punto, sostenibilidad de indicadores del componente de TB, no siempre reflejan la sistematización de datos sobre la realidad. No se logra integrar la voz de la población del paciente con TB.

1.5.1. Los asuntos biomédicos son relevantes en las discusiones de las reuniones

Considero que las ejecuciones de los indicadores del proyecto, presentan una mirada limitada sobre el objetivo en la reducción de incidencia de TB, pues las actividades y reuniones están enfocadas desde un aspecto técnico (cumplimiento de metas). Cabe resaltar, que, si bien es cierto, se brinda el fortalecimiento del sistema de salud con servicios y equipos sanitarios, no es suficiente para tener impacto sostenible de las intervenciones en TB. De este modo, en las siguientes líneas, se presentan algunos ejemplos de cómo se han ido desarrollando mis actividades como monitora desde la parte biomédica.

La adquisición de equipos sanitarios para el fortalecimiento de los diferentes laboratorios de los centros de salud, cobran gran relevancia en el proyecto, ya que, esta estrategia busca tener una respuesta rápida para diagnosticar casos con TB, mediante los métodos radiológicos con inteligencia artificial y pruebas moleculares. Esto apunta en las reuniones de monitoreo, sobre un exhaustivo seguimiento sobre la entrega de equipos durante este año 2025, ya que, el país debe contar con esta tecnología en la lucha contra la tuberculosis en los centros de salud.

Bajo este contexto, tuve que brindar información al grupo de monitoreo, sobre el seguimiento y avance de entrega de estos equipamientos sanitarios, de acuerdo a los puntos de distribución proporcionada por el MINSA para este año 2025. Estos puntos de entrega corresponden a la DIRIS Lima Centro, Lima Este, Lima Norte, Lima Sur, INPE, Policía Nacional del Perú, Fuerza Aérea, el Ejército y regiones. Debido a la recarga laboral de la especialista solicitó mi apoyo en la entrega de equipamiento en algunos establecimientos de salud, el cual comparto la siguiente experiencia:

> El jueves 6 marzo del 2025, a las 7:30 am me recogió la movilidad de la ONG para dirigirme a los establecimientos programados: Centro de Salud Nuevo Lurín (Lima Sur), Centro Materno Infantil San Genaro de Villa (Lima Sur) y Centro de Salud Max Arias Schreiber (Lima Centro), para la entrega e instalación de los equipos médicos. El primer punto de llegada fue al CS Nuevo Lurín, estuve esperando a los miembros de la DIRIS Lima Sur y la empresa encargada para instalar el equipo truelab, a las 9:30 a.m., se inició el proceso de entrega, el cual hubo ciertos inconvenientes, pues el tomacorriente no era adecuado para la instalación, por lo que se tuvo que suspender la entrega.
>
> Sobre este contexto, noté la preocupación de algunos representantes del personal, ya que no se logró finalizar con la instalación del equipo, lo que prolonga una reprogramación sobre los plazos de gestión. En los casos del CMI San Genaro de Villa y Centro de Salud Max Arias Schreiber, se logró la instalación de los equipos truelab, analizadores de hemoglobina y electrocardiógrafos. (C. M. Nota de campo, 6 de marzo, 2025).

Cabe señalar, que los profesionales de cada establecimiento son capacitados para la operatividad y mantenimiento de estos equipos. Asimismo, tengo que realizar el seguimiento respectivo, en cuanto al número de personal de salud capacitado por establecimiento. Ahora, la base de datos generado sobre las listas de asistencia de los talleres, en gran medida dependen del MINSA, el cual me permite realizar el reporte y notar observaciones para generar una alerta sobre el avance del indicador, al respecto comparto la siguiente experiencia:

> Una de las observaciones que señalé sobre este reporte, fue que, de los 28 establecimientos de salud, solo 19 de ellos asistieron a la capacitación con al menos un profesional de salud. Esto se debe a que algunos establecimientos no cuentan con personal para operar equipos de rayos X. De este modo, se consideró importante que la especialista en esta gestión pueda coordinar con el área presupuestal si era posible la contratación de tecnólogos médicos.
>
> Posteriormente, al menos se pudo realizar la contratación de 5 tecnólogos médicos en radiología, brindando su servicio de forma rotativa para los centros de salud. Un personal de salud para cada DIRIS/DIRESA (Callao, Lima Centro, Lima Este, Lima Norte, Lima Sur) (C.M. Nota de campo, 18 de junio 2025).

Estas acciones, sobre la adquisición y entrega de equipamiento, hay un avance significativo, a través de esta innovación tecnológica, para el alcance de la población, permitiendo una respuesta sanitaria inmediata sobre la enfermedad. No obstante, se evidencia en los centros de salud, la falta de personal para manipular estos equipos. Por otro lado, desde mi perspectiva, se ve al paciente como un receptor de tratamiento, visto desde un enfoque individual, centrándose solo en la atención del paciente sobre la tuberculosis, sin considerar su contexto familiar o social.

Considerando lo expuesto en líneas anteriores, desde mi perspectiva es un claro ejemplo de cómo lo biomédico domina en el proyecto, pues los indicadores están elaborados desde esa mirada para batallar contra la TB. Por tanto, la enfermedad afecta a la persona, desde un factor biológico, donde la práctica médica y solucionar el problema de la enfermedad, en el que se da una relación entre médico y paciente. Desde este enfoque las acciones técnicas, se basan en los procedimientos y controles de la TB, por tal motivo, en el proyecto se convierte un elemento importante lo biomédico sobre lo social invisibilizando las experiencias cotidianas y necesidades de las personas con TB.

1.5.2. La presión en el trabajo

Durante este último año, el equipo de monitoreo en su conjunto ha expresado mucha presión para avanzar en el cumplimiento de las metas, así mismo, ir cerrando algunas actividades del POA. Sumado a ello, la presión aumentó más cuando el Fondo Mundial, mediante un comunicado enviado por el correo institucional, en junio del 2025, mencionó la reducción del financiamiento para el proyecto, haciendo énfasis que algunas actividades deberán de suspenderse como la compra de equipos, viáticos para visitas en las intervenciones, apoyo a los EESS con la infraestructura (acondicionamiento pozo a tierra y aire acondicionado), capacitaciones, reducción del personal de salud, entre otros.

Esta situación generó mucha preocupación en todos los miembros del proyecto y también del MINSA. A partir de ello, se realizaron con más frecuencia las reuniones con el Fondo Mundial, para sustentar los avances y justificación de algunas actividades que deben continuar.

Desde mi posición como monitora, me sentí muy presionada por ir cerrando pendientes, en cuanto a la recolección de datos como medios de verificación, procesamiento de información, actualización de las matrices sobre las bases de datos de los diferentes indicadores

de tuberculosis, seguimiento sobre actividades que aún estaban en ejecución, informar los resultados, la redacción del informe del segundo trimestre para que se presente a CONAMUSA, etc. Por otro lado, los especialistas también estuvieron muy recargados en sustentar los avances de las intervenciones.

Ahora, desde mi perspectiva, durante este periodo, considero que se está perdiendo la sensibilización sobre las intervenciones sanitarias en tuberculosis en el proyecto. Pues, el estrés laboral y la falta de motivación es uno de los aspectos que se refleja, el cual implica la falta de involucramiento emocional en el proyecto. A su vez, se manifiesta en una presión estructural, que no es solo es individual, sino propio del mismo sistema del proyecto, es decir, la presión institucional. Entonces, el trabajo se convierte en un espacio donde la prioridad sólo es cumplir metas, por la presión constante de realizar seguimiento sobre los resultados. Un caso representativo se muestra en el siguiente apartado:

> Renuncia del jefe del proyecto; un miércoles a las 8:30 am el jefe de monitoreo, indicó que todo el equipo de monitoreo debe ingresar a la sala reservada para la reunión, incluyendo también a la especialista en capacitaciones, para que reporte el avance de su trabajo sobre las capacitaciones en las diferentes DIRIS/DIRESAS de Lima Metropolitana y Callao sobre la comorbilidad de tuberculosis y diabetes. En esta reunión nos comunicaron que el jefe del proyecto, iba dejar el cargo, generado por la presión continua con los compromisos ante el Fondo Mundial y MINSA. El mismo día el jefe del proyecto, el Doctor especialista en epidemiología realizó su renuncia (C.M. Nota de campo, 9 de julio de 2025).

De acuerdo a lo mencionado en líneas anteriores, hay una cuestión ¿Qué implica la presión institucional en el proyecto? Bajo mi experiencia, esta presión en el trabajo, surge por las continuas exigencias por efectuar inmediatamente indicaciones superiores, pues hay una demanda de requerimiento en cuanto a la productividad. En este sentido, me siento con la responsabilidad de reorganizar mis actividades de manera obligada, pues sé que en cualquier momento los representantes del proyecto van a solicitar algún dato actualizado sobre los indicadores, cabe señalar que si no existe un medio de verificación no se puede registrar el avance de la ejecución. Sumado a ello, se intensifica la presión y tensión, al tener muchas solicitudes o pedidos por los especialistas pues tienen que ser cumplidas para ese momento, para tomar decisiones inmediatas.

Ahora, los representantes del proyecto, son los que deben saber continuamente como se está ejecutando cada indicador y sobre el avance del proyecto, debido a las constantes reuniones con las contrapartes MINSA y Fondo Mundial, y algunas veces por la recarga laboral de cumplir funciones administrativas y de gestión, no se involucran sobre este avance, lo que genera realizar reportes ejecutivos y concretos para que tenga un conocimiento general. Sumando a ello, cuando no existen mecanismos de apoyo, se debilita la sostenibilidad de los miembros de la organización, lo cual también debilita el propósito del proyecto, de mejorar la salud de las poblaciones vulnerables.

De acuerdo a Marrau (2009), nos menciona que el burnout, también conocido como síndrome de quemarse por el trabajo, es una respuesta del estrés debido a la sobrecarga laboral, el cual se va manifestando en los miembros de una organización, desarrollando agotamiento tanto emocional como físico. También es visto como una manera de acoso psicosocial, pues tiene su origen en el centro laboral y no en la misma persona. Reflejándose en la incomodidad profesional, se asocia la culpa y frustración en lo profesional. Esta situación se ha manifestado en el proyecto, pues la presión institucional se vuelve constante en cuanto a exigencia, y cuestiono este escenario porque se va normalizando el trabajo bajo estrés intensificado y renuncias.

1.5.3. Sostenibilidad de los indicadores de las intervenciones de tuberculosis

Diariamente realizó el seguimiento sobre el avance de los indicadores del componente de tuberculosis, como las intervenciones de Búsqueda Activa de TB, tratamientos con nuevos esquemas orales acortados (medicamentos que reducen la duración del tratamiento) y asegurar la adherencia del paciente con el tratamiento, ejecución de infraestructura en los centros de salud, desarrollo de capacitaciones en la comorbilidad de tuberculosis y diabetes, entre otros. Desde mi función, está sostenibilidad de indicadores no solo debe orientarse al seguimiento técnico o que implique acciones cumpliendo las metas o cifras en porcentajes, sobre los logros alcanzados.

Ahora bien, la sostenibilidad de los indicadores mencionados cobra relevancia para la toma de decisiones para evaluar algún nudo crítico, en cuanto al desarrollo de las intervenciones. Como equipo en el área de monitoreo nos ayuda a medir el avance del proyecto. Sin embargo, existen procesos externos que limitan la continuidad de la ejecución, tal es del caso del MINSA o las DIRIS/DIRESA/GERESA, algunas autoridades cambian de funciones

o dejan el cargo, lo que implica paralizar en el proyecto algunas actividades que ya estaban en ejecución, afectando a la parte financiera cuando se vuelve a retomar la actividad. Es así, que comparto el siguiente ejemplo:

> Para la instalación de equipos médicos en los centros de salud, es importante que previo a ello se realice los acondicionamientos, ya sea de pozo a tierra o aire acondicionado, para la operatividad de los equipos. En el mes de setiembre de 2025 uno de los establecimientos de salud de la DIRIS Lima Norte, aún no se encontraban instalados, a pesar que ya había pasado más de un mes de entrega. Debido al cambio de director de la DIRIS se generó demora para aprobar la instalación del equipo y el acondicionamiento.
>
> En el caso del Laboratorio Referencial de Ayacucho, se tuvo muchos problemas técnicos con los sistemas de ventilación, debido al cambio de arquitecto para esta función de parte del MINSA, por lo que no hubo un seguimiento constante, esto generó que el proveedor quien ejecutó el trabajo no haya cumplido eficientemente. Lo que generó una tensión en el equipo del proyecto y proveedor, porque hay un financiamiento de por medio y debe cumplirse el trabajo en los plazos respectivos (C.M. Nota de campo, 16 de setiembre de 2025).

Desde mi posición, el factor técnico y financiero no sólo garantizan la sostenibilidad de las intervenciones para actualizar y medir datos, sino también las coordinaciones y el trabajo en conjunto con las autoridades pertinentes, esto también refleja una debilidad interna respecto a la organización de las instituciones.

1.6. Conclusión del capítulo

En el siguiente apartado se presentan las siguientes conclusiones:

- Existe una invisibilización social de la comunidad en la ejecución del proyecto, a pesar que desde la propia institución se tenga una mirada de luchar por la justicia social. Se reconoce a la enfermedad de TB vinculada a los factores de pobreza, pues las personas tienen mayor posibilidad de enfermarse y también relacionado a las condiciones de vida del sujeto; por ejemplo, pueden estar asociadas a la mala alimentación, problemas para acceder a una atención sanitaria en los establecimientos de salud, entre otros aspectos. Bajo este contexto, la enfermedad no solo se tiene que combatir desde los

medicamentos, sino que se debe trabajar desde el apoyo social, esto refleja un abordaje integral para la recuperación completa del paciente en el que se incluya las intervenciones con los miembros comunitarios claves, como por el ejemplo para el acompañamiento en la adherencia del tratamiento.

En la ejecución del proyecto no existe una construcción de vínculo con la comunidad vulnerable, pues la participación de los miembros comunitarios es limitada, quedando un vacío para comprender y entender las dinámicas sobre las condiciones de vida de los pacientes con TB. Esto también se relaciona con una estructura ya desarrollada sobre los indicadores donde el lado humano es invisibilizado por las acciones técnicas.

- La experiencia ha permitido visibilizar que existe una tensión entre las metas y las intervenciones humanas. Pues las metas del proyecto, obligan a realizar un seguimiento constante sobre el avance de los indicadores del componente de TB, obteniendo de forma rápida los resultados que fueron sistematizados y medibles. Como las intervenciones de BATB, que permiten saber los casos de pacientes con TB, a partir de los tamizajes realizados, tratamientos preventivos para TB (TPT) en población pediátrica y penitenciaria, la administración de medicamentos, las capacitaciones que abordan la TB y diabetes, etc.

  De acuerdo a lo indicado, no consiguen captar la complejidad del contexto de la enfermedad, ya que detrás de cada indicador medido, también existe una historia, una realidad que no se refleja sobre las experiencias y necesidades de la población que es afectada por la TB. Por ejemplo, el temor a la estigmatización, no sólo en su comunidad sino también en su propia familia, qué determina para que el paciente no abandone el tratamiento si la atención y medicamentos son totalmente gratuitos. Es así, que desde la antropología no se puede depender únicamente de indicadores medibles, pues es relevante interpretar y comprender el contexto de la intervención centradas en los casos con TB. Desde mi posición considero que existe un desafío institucional, pues existen ciertos vacíos desde una mirada más humanitaria para que las estrategias sanitarias tengan realmente una cobertura integral en la lucha de una justicia social en las poblaciones vulnerables.

CAPÍTULO II: LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL MONITOREO. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA ANTROPOLOGÍA

2.1. Introducción

El presente capítulo permite comprender la importancia de la participación activa de los comunitarios, que ayudan a tener un vínculo más cercano con la comunidad, clave para fortalecer la salud contra la TB. Pues desde las ciencias sociales y antropología, se entiende que la enfermedad de TB presenta un aspecto social, pues las intervenciones ejecutadas por el proyecto, no solo deben tener una mirada clínica, pues presentan vacíos para conocer las necesidades de los pacientes desde sus experiencias.

Como primer punto, los aportes de las ciencias sociales a la comprensión de la TB, en este apartado se comprende que la enfermedad de la TB, aborda que no solo es un problema que afecta al cuerpo del sujeto desde un factor biológico clínico, sino que también implica considerar que existen factores que se enfrentan desde las ciencias sociales, en la que instituciones u organizaciones son atravesadas por las relaciones de poder en la que se toma decisiones para dar respuesta a una atención médica.

En el segundo punto, se desarrolla las intervenciones biomédicas al fortalecimiento de la participación comunitaria, pues las acciones técnicas sobre la oferta sanitaria se deben articular con la participación de los miembros comunitarios, considerando el trabajo en conjunto cercano a realidad de los pacientes con TB y sus necesidades.

En cada apartado, se mencionan ejemplos que permiten conocer el contexto de la experiencia y contrastarlo con los aportes teóricos desde las ciencias sociales.

2.2. Aportes de las ciencias sociales a la comprensión de la tuberculosis

Este apartado permite explicar cómo la TB no solo es un fenómeno biológico, sino que también involucra los aspectos sociales y estructurales.

Desde la posición de Foucault (1966), centros de salud, no solo son lugares donde se pueden curar los pacientes enfermos, sino que también se caracterizan por ser espacios donde se reproducen el poder sobre la de los pacientes, quienes van determinado de cómo llevar un control. De manera que, la situación de las personas enfermas es controlada por la institución, que a la vez se va convirtiendo en una manera de control social, donde la institución y su

práctica, toman decisiones de cómo actuar en relación al tratamiento y cómo comprender la enfermedad.

Bajo esta mirada, comprender la enfermedad de TB no solo es vista como un aspecto biológico en relación al tratamiento, sino cómo las instituciones u organizaciones, logran intervenir para controlar este fenómeno. Este escenario incluye que la sociedad se encuentra controlada ejercido por el poder, en el que se van definiendo estrategias para buscar un orden y vigilancia sobre los individuos que sufren de este padecimiento de TB.

En el caso del proyecto del componente de TB, la prioridad de las organizaciones de la ONG y del MINSA, se concentran en cumplir los indicadores de las intervenciones, pues son quienes determinan como se debe actuar. Los especialistas del equipo, se ven obligados a responder frente a una estructura institucional sobre lo importante que se debe avanzar con las intervenciones para que se cumplan las metas. Por ejemplo:

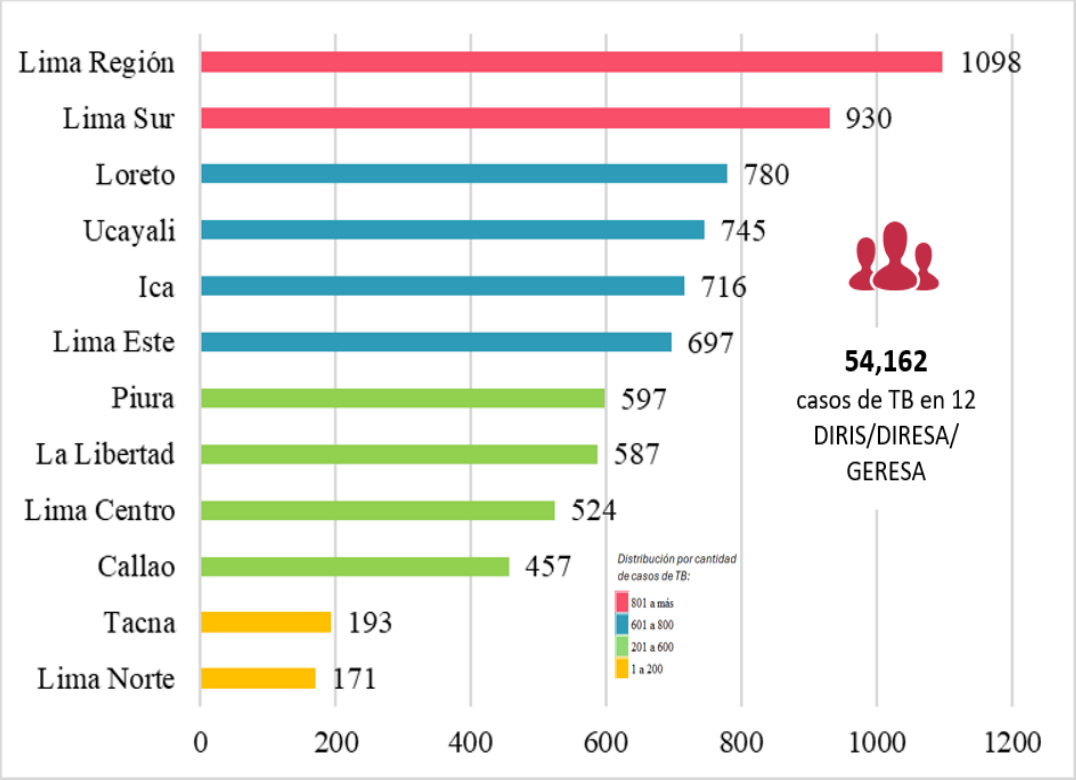
> Cuando se realizó las capacitaciones dirigidas a los profesionales de salud para la operatividad de los rayos X con inteligencia artificial, en el diagnóstico para TB, no todos los centros de salud pudieron asistir al taller, pues se tenía programado en la lista a 28 establecimientos, pero solo fueron los que tenían personal de salud con especialidad en radiología y tecnólogos médicos. Al realizar este reporte sobre el número de asistentes, desde el proyecto se exigió una solución inmediata a la especialista encargada, para llegar a la meta del indicador. Entonces la especialista tuvo que agendar reuniones con el área de presupuesto y evaluar si hay esa posibilidad de contratar radiólogos o tecnólogos, y estos sean derivados a los establecimientos que no tienen personal con esa especialidad. De este modo, se realizó una segunda capacitación y se pudo sumar el número de asistentes. Como resultado efectivamente sobrepasamos la meta, atribuyendo como finalizada la actividad (C.M. Nota de campo, 18 de junio, 2025).

Otro contexto que se ha visibilizado es como el Fondo Mundial, es que obligó al proyecto de forma inmediata a cambiar y reorganizar prácticamente la dinámica de las actividades que ya estaban programadas en relación a la ejecución sanitaria. Pues queda claro quien financia puede establecer el control de la enfermedad sobre las poblaciones vulnerables. Por tanto, el equipo del proyecto muestra preocupación sobre la continuidad del personal de salud, entrega de equipos a los establecimientos de salud, viajes de monitoreo, etc., esta

situación está condicionada por un factor institucional, el cual repercute sobre los sectores de la población sobre la atención sanitaria, donde las decisiones buscan organizar y prevalecer intervenciones, tales como seleccionar puntos como Lima Metropolitana y Callao para las intervenciones de BATB, quedando excluidos aquellas regiones del país que también presentan casos con TB.

Figura 2

Cantidad de casos de tuberculosis (TB) en 8 regiones del país correspondiente al año 2025 (enero a junio).



Nota. Se determinó la intervención de BATB en 8 regiones del país hasta junio 2025. Pero debido a una decisión institucional la intervención continuó solo en Lima Metropolitana y Callao, excluyendo a otras regiones que también presentan mayor incidencia de contagio de TB, como Lima Región y Loreto (C.M. imagen de campo, 01 agosto 2025).

Al respecto, se muestra un ejemplo de cómo se tomaron las decisiones en el proyecto frente a la cancelación de algunas actividades importantes:

> Se agendó una reunión con los especialistas y monitores de cada componente para abordar el estado de las actividades y su cancelación en algunas de ellas. El especialista de TB, indicó: “Que las intervenciones de BATB, ya no continuarán. Pues ya no habrá renovación de contrato al personal de salud”. Por otro lado, el especialista de VIH,

declaró: “todos mis locadores de oferta integrada para la intervención de VIH (médicos, enfermeras y obstetras), igualmente no se renueva contrato”.

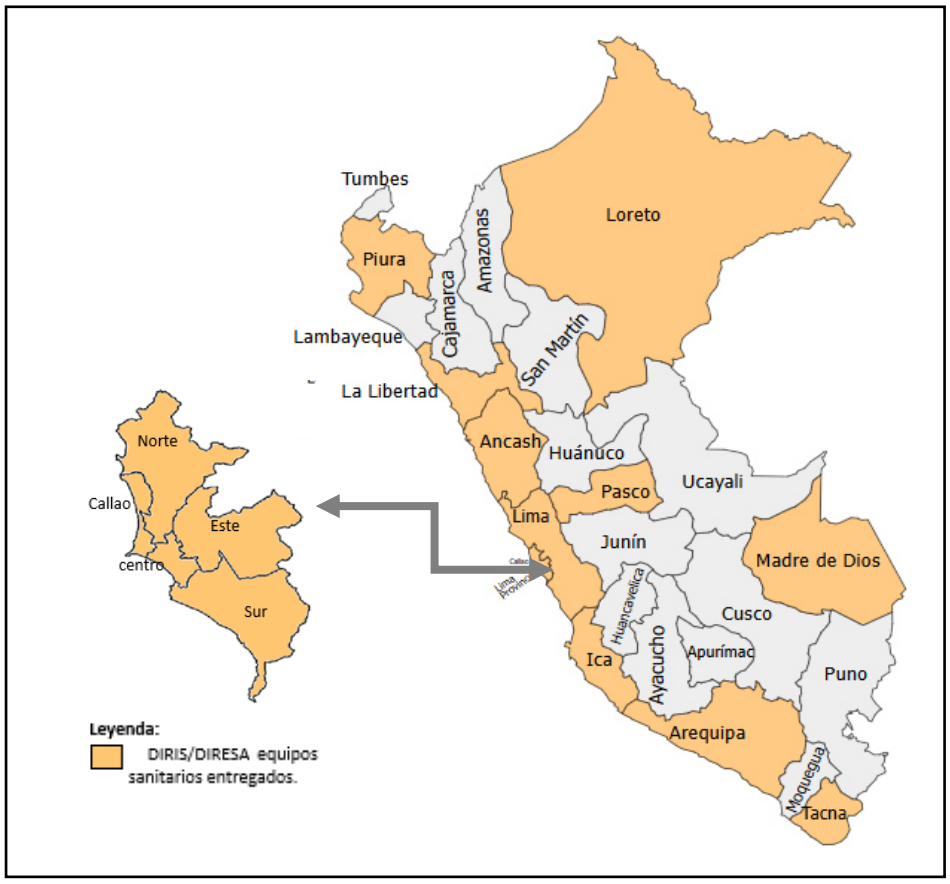
Por su parte la especialista de coinfección, señaló “estoy preocupada, qué medidas se van a tomar con los equipos sanitarios que ya hemos realizado la compra, estos se encuentran en el almacén, pero aún no se han distribuido en su totalidad. Para la entrega se necesita viajar y contar con viáticos para provincia, estos equipos van de la mano con la parte de infraestructura, se tiene que acondicionar el ambiente para su operatividad”. A lo que la especialista en presupuesto señaló: “Se tiene que conversar con el MINSA y luego con el FM, mi propuesta es que continúe, voy a ver la forma de reducir gastos de otras actividades y derivar para viáticos, la prioridad de entrega solo sería en algunos puntos como Lima Metropolitana y Callao”.

Respecto a lo mencionado, el especialista de TB, enfatizó indicando: “considerar la ampliación del personal para las intervenciones de BATB, pues son intervenciones relevantes, podríamos enfocarnos solo en Lima. Además, necesitamos personal, para que operen los equipos entregados. Ante este contexto, a la actualidad se pudo sustentar ante el FM la continuidad sólo de algunas actividades necesarias para la atención médica, tales como: entrega de equipos, continuidad de personal de BATB y capacitaciones al personal de salud solo de forma virtual, para evitar más gastos (C.M. Nota de campo, 02 junio, 2025).

Cabe precisar, que el ejemplo anterior, también muestra cómo se van estableciendo las prioridades a partir de la decisión institucional, condicionando la permanencia del personal de salud para las campañas de intervención de BATB. Evidenciando de esta forma, que la enfermedad de TB no solo se controla desde lo biológico, sino también desde los aspectos estructurales, definiendo qué sectores de la población recibirán atención y qué regiones no, en el que se define a qué sectores de población se debe apoyar con el fortalecimiento de servicios y recursos, regulando las atenciones. Estas decisiones logran manifestar cómo la sociedad va siendo gestionada por instituciones que ejercen poder para definir estrategias de intervención.

Figura 3

Fortaleciendo el sistema de salud con equipos sanitarios



Nota. Antes de la reducción presupuestal por el FM, se estuvo implementando equipos sanitarios en regiones, luego se priorizó solo en Lima Metropolitana y Callao (C.M. imagen de campo, 08 agosto 2025).

A esto se suma la perspectiva de Fassin (2012), quien realiza una crítica sobre la toma de decisiones de las políticas impulsadas por el gobierno, que se ocupan de víctimas de epidemias, pobreza, de toda situación vulnerable. Donde las medidas humanitarias tienen un trasfondo importante, en el que reproducen las desigualdades que están luchando por erradicar o combatir. Estas acciones humanitarias están estrechamente vinculadas con la moral y compasión hacia la población, en el que se pretende aliviar la angustia o sufrimiento, convirtiéndose en una forma de gobierno y poder moral, pero sin tener cambios profundos sobre los factores estructurales que lo generan. En este sentido, la razón humanitaria presenta juicios morales y políticos, que determinan quienes merecen ser escuchados y quienes son excluidos.

Tomando como referencia a Fassin, en el contexto del proyecto, se puede contratar que vivimos en un Estado humanitario en el que se refleja la compasión y moral desde las políticas y organizaciones (sistema de salud, organismos no gubernamentales, etc.) que solo buscan resultados que alivian el problema de TB. Tal como se presenta en el siguiente ejemplo:

> Un caso que reporté en las visitas de monitoreo, fue que en las intervenciones de BATB, los miembros comunitarios no se encontraban totalmente capacitados para orientar y socializar la intervención a la comunidad, pues la falta de información limitó su rol en estos espacios claves con alto riesgo de contagio de TB. Además, algunos equipos de rayos X, presentaron ciertos inconvenientes sobre su operatividad, ya que empezaron a calentarse (C.M. Nota de campo, 30 enero 2025).

Desde la postura de Fassin, se puede interpretar que los problemas o inconvenientes que se tuvieron en las intervenciones de TB sobre la falta de capacitación comunitaria y fallas de los equipos, no solo deben ser visto de un factor técnico, sino que presentan una razón humanitaria de ayuda en las intervenciones, de manera solo calman los problemas de la población. Sin generar cambios profundos sobre lo que realmente reproduce las desigualdades, como por ejemplo realizar cambios en las políticas sociales, en el que se asegure la formación de los comunitarios, revisión de mantenimiento de equipos y fortalecer el sistema de salud.

2.3. De las intervenciones biomédicas al fortalecimiento de la participación comunitaria

Las intervenciones biomédicas están relacionadas con las acciones técnicas que permiten realizar el seguimiento de los indicadores de TB en el proyecto. Siguiendo a Elio (2023), el término biomédico se considera como la práctica médica, el cual comprende el diagnóstico, tratamiento, la prevención de la enfermedad y la atención del paciente. En este sentido, se destacan los procedimientos técnicos para solucionar los problemas de la salud, como los métodos con pruebas moleculares, uso de la tecnología, medicamentos, entre otros.

Ahora esta perspectiva se vincula con la experiencia al momento de realizar el seguimiento de indicadores de TB, pues para brindar una atención sanitaria implica fortalecer los establecimientos de salud de primer nivel de atención y hospitales, incluyendo a las Fuerzas Armadas (FFAA), Policía Nacional (PNP) y el Instituto Nacional Penitenciario (INPE), con equipos sanitarios para pruebas moleculares y diagnósticos radiológicos, basado en estrategias con enfoque biomédico, ya que se busca controlar la TB desde lo clínico. Pues el uso de rayos X en las intervenciones de TB, permiten detectar en los pacientes casos de TB.

Agregando la idea anterior, Cerda y Molina (2014) exponen que este enfoque biomédico, se pronuncia hacia un problema concretamente individual, ya que solo se concentra en el padecimiento del sujeto con la enfermedad, lo cual lleva a un pragmatismo médico, es decir, hacia una mirada práctica sanitaria y su tecnología para mejorar la salud. Esto se refleja en la experiencia, por ejemplo:

> En la intervención de BATB realizada en Villa María en el mercado "Mujer Peruana", se aprovechó la afluencia del público para que las personas sean tamizadas. Los médicos neumólogos, enfermeras y radiólogos se encuentran en sus áreas correspondientes para atender a los pacientes. Cabe precisar que ellos, saben que deben tamizar mínimo a 90 pacientes por intervención, en caso contrario se extenderá el tiempo de intervención.
>
> El primer paciente se atiende a las a las 8:00 am, se dirige al área de atención general, luego es acompañado por un miembro comunitario para el área de tamizaje donde se encuentra el tecnólogo, el especialista realiza la toma radiológica con la inteligencia artificial, deriva la información sobre el estado pulmonar al neumólogo. Ahora el neumólogo, da lectura al paciente sobre su diagnóstico, le indica al paciente que debe realizarse en este momento una prueba de esputo, ya que hay sospecha de TB. En este caso procede a llamar a la enfermera para que el paciente deje su muestra de esputo, y luego confirmar si existe la bacteria y tomar decisiones en cuanto a su tratamiento (C.M. nota de campo, 18 marzo, 2025).

Esta contribución permite hacer una observación en el que se valora la atención particularmente individual, con la ayuda de la operatividad de los equipos tecnológicos para diagnosticar la TB en zonas con mayor incidencia de contagio de la enfermedad. Existe un gran avance en cuanto a la meta.

No obstante, desde la antropología, se necesita realizar intervenciones más completas, que permitan conocer las verdaderas necesidades de los pacientes, que afectan la continuidad del tratamiento y erradicar la TB. Si bien es cierto, que en cada intervención los médicos tienen como objetivo tamizar a la mayor cantidad de pacientes, también se realizan preguntas sobre el entorno cotidiano de los pacientes, tales como ¿Hace cuánto tiempo presenta malestares con tos? ¿Hay niños? ¿Cuántos miembros viven en su hogar? ¿hay personas mayores? ¿consume sus alimentos en el desayuno, almuerzo y cena? ¿hace cuánto tiempo no se realiza un chequeo pulmonar?, pero estas preguntas no resuelven las condiciones de vida y necesidades del

paciente, pues solo cumplen un formalismo o protocolo médico, pues solo se tiene un rastreo epidemiológico para poder identificar, con quienes el paciente últimamente ha tenido contacto y estos sean tamizados y oportunamente tratados.

Para Fassin (2024), este escenario en el proyecto se orienta hacia una acción técnica, buscando soluciones prácticas sobre la atención de las personas vulnerables, es decir, con acciones concretas sobre los programas y políticas. Bajo esta premisa se concibe que, desde una mirada clínica, se ha diseñado criterios que abordan indicadores que permitan ser medidos e identificar los logros alcanzados, esto es un reflejo que se va identificando el éxito de cómo se está desarrollando la intervención.

No obstante, durante los meses que estuve reportando el avance de los indicadores cuestiono un caso específico, pues me genera ciertos vacíos si realmente ¿estamos reportando bien los datos y reflejando el contexto? ¿Por otro lado, si los pacientes que inician el tratamiento están cumpliendo con las dosis de medicamentos o lo abandonan?, para entender el contexto se presenta el siguiente ejemplo:

> En el mes de noviembre de 2025, me compartieron una base de datos del MINSA, para actualizar el indicador sobre los tratamientos con esquema orales (medicamentos que los pacientes deben tomar oralmente), al revisar la información durante un mes y otro encontré inconsistencias. A pesar de ello, logramos superar la meta, pues es lo que se estaba esperando para finalizar la actividad (C.M. nota de campo, 06 noviembre 2025).

En relación a lo mencionado, Fassin (2024) señala que en este tipo de situación no se están tomando en cuenta las historias de vida de los pacientes, haciendo énfasis que no se esta considerando a la comunidad desde lo social, desde las experiencias. El autor menciona que existe una escasa atención sobre las vivencias, experiencias, realidades de la comunidad. De manera que se debe promover una participación efectiva.

Al respecto, Zhang et a (2016) sostienen que la participación de los miembros comunitarios juega un papel imprescindible en la observación de los pacientes, principalmente para mejorar la adherencia en el tratamiento de TB, es decir, que el paciente debe cumplir con la toma de sus medicamentos, los cuales son recetados por el médico, sin abandonar el tratamiento. Ahora, estos pacientes pueden estar en su domicilio o trabajo. El éxito de este enfoque terapéutico es que reduce el abandono del paciente, en comparación a un tratamiento desde un establecimiento de salud, es decir, institucionalmente. Esta mirada, me permite considerar que no sólo es relevante el apoyo del personal de salud para tratar casos con TB,

sino que se debe trabajar en conjunto con los miembros comunitarios, para apoyar y dar seguimiento a los pacientes y tener mejores resultados para que el paciente no abandone el tratamiento.

En referencia a lo expuesto en el proyecto, contamos con miembros comunitarios, ellos más que nadie, saben lo que significa pasar por un tratamiento de TB, estos comunitarios son parte de una organización ya conformada como la Organización de Personas Afectadas por Tuberculosis (OATs), son ex pacientes de TB (PAT) o personas que tuvieron algún familiar con TB. En las intervenciones de BATB, socializan la información respecto a la prevención de TB, concientizan a la comunidad para realizarse un tamizaje gratuito, para diagnosticar la TB, asimismo orientar sobre las prácticas sanitarias.

Considero relevante la participación de los miembros comunitarios, de acuerdo a lo mencionado por Zhang et a (2016) en líneas anteriores sobre la adherencia al tratamiento, sin embargo, en el proyecto hace falta involucrar más a los comunitarios, para garantizar un apoyo en la recuperación tanto física, mental y social de los pacientes. En el siguiente apartado se presenta un ejemplo como en algunas oportunidades se ha desarrollado una intervención con los miembros comunitarios:

> En la intervención de BATB, en Villa El Salvador en un Local Comunal, aproximadamente a las 10:30 a.m. se me acerca el jefe de la brigada de la intervención, me comenta: “estoy preocupado porque cuando se realizan campañas hay afluencia del público, pero hasta el momento la cantidad es mínima, solo se han tamizado a 10 personas, en otras ocasiones sobre todo en la mañana hay una cola larga, veo que los comunitarios no están socializando la intervención, pues solo están alrededor de la loza deportiva, necesito que puedan salir hacia los mercados”. Un tema en cuestión, es que los comunitarios no todos llegaron a la hora indicada, algunos desconocen sobre las medidas preventivas de TB y otros fueron solo de reemplazo por ese día.

Desde mi posición, resulta una tensión desde lo institucional pues se debe comprender la importancia que juega el comunitario, para fortalecer las intervenciones, a través de la capacitación continua. Cabe resaltar que muchos de ellos, no tienen una formación profesional, por lo tanto, no se puede esperar que tengan un involucramiento apropiado con la comunidad. Un aspecto que se debe precisar, sobre los indicadores de TB, es que no se presenta como una subactividad que se deba realizar un seguimiento a los miembros comunitarios, ellos solo cumplen un apoyo que forman parte del indicador de BATB, quedando limitado su función.

Asimismo, desde la perspectiva de Meléndez (2024) una participación social, puede ayudar a resolver necesidades de la comunidad, orientado a una transformación social. Existen diversos objetivos de la participación social, como; reducir los daños, mejorar la salud, tener una mejor cobertura en salud u otro aspecto. considerándose como un proceso relevante para movilizar, organizar y conseguir transformaciones que estén vinculadas con soluciones técnicas y estructurales.

Por su parte Farmer (1999), propone realizar un monitoreo más humanizado abordando condiciones estructurales, tanto sociales y económicas, para continuar un tratamiento, pues los datos cuantitativos como los datos cualitativos deben tratarse de forma complementaria. El sistema de monitoreo debe enfocarse sobre las prácticas y saberes de la comunidad de intervención. Reducir la TB no solo depende de la parte clínica, sino también sobre las condiciones en la que se encuentran los pacientes.

Al respecto, en el proyecto existe un indicador sobre el apoyo a pacientes para los gastos clínicos, los cuales se consideran para el análisis de laboratorio, movilidad, exámenes especiales, tomografías, entre otros. Se brinda un soporte económico, para el tratamiento. El cual es justificado el gasto con un vaucher. Desde mi posición, considero que existe definitivamente un proceso administrativo, pero no se da una relación entre la participación del miembro comunitario y paciente, que permita llevar un acompañamiento que aborde las necesidades dentro del hogar.

Desde la posición de Word Meath Organization (2023), plantea la participación de las comunidades en conjunto con el sistema de salud y alianzas con organizaciones, donde el profesional de salud tiene la responsabilidad sobre el diagnóstico y tratamiento de la TB, mientras que la comunidad informa sobre las condiciones del paciente.

Bajo este punto, se debe implementar un monitoreo comunitario y participativo, propiciando un proceso dinámico. Donde los miembros comunitarios deben empoderarse e identificar los problemas, generando un puente entre el sistema de salud y las personas que son afectadas por TB. Y Aprovechar las vivencias y conocimiento de quienes han superado la enfermedad. Desde esta mirada, se deben implementar indicadores para monitorear la participación comunitaria en la lucha de la TB.

Desde mi perspectiva, con un enfoque antropológico, invita a tener una mirada más humana, de tal forma que se cuestiona un reporte medible sobre los indicadores, para reducir la incidencia de TB en poblaciones vulnerables. Invita a señalar cuáles son esas barreras para

no acceder a una atención sanitaria, qué significa para los pacientes con TB ser tamizados, asimismo, los problemas que enfrentan los profesionales de la salud en las diferentes intervenciones de TB, etc. Algunos proyectos comienzan con una ideología donde la transformación social cobra relevancia, pero con el paso del tiempo terminan inclinándose solo en cumplir las metas de los indicadores.

2.4. Conclusión del capítulo:

De lo revisado en este capítulo se puede concluir:

- La institución u organización no precisamente logran responder a todas las necesidades desde las acciones humanitarias, en el que reproduce las relaciones de poder, pues son quienes controlan de qué manera se va ejecutar la intervención y en qué lugares.

- La enfermedad de la TB, no debe centrarse únicamente desde las intervenciones biomédicas en el proyecto, para reducir la alta incidencia de contagio de TB en poblaciones vulnerables, ya que los indicadores sobre el avance, no captan realmente el problema tan complejo de cómo realmente se está enfrentando la TB, a través de la medición de indicadores Es así, que, desde las ciencias sociales y antropología, nos permite reconocer que la participación comunitaria toma un rol relevante para fortalecer la intervención sanitaria en el que se incluya las percepciones, experiencias y necesidades de los pacientes.

CAPÍTULO III: REFLEXIÓN CRÍTICA SOBRE LA EXPERIENCIA EN MONITOREO

El presente capítulo tiene como propósito reflexionar sobre mi experiencia profesional como monitora en el componente de TB.

3.1. Aprendizajes

- Desde mi función como monitora me he enfocado fundamentalmente en el seguimiento de indicadores del componente de TB, vinculado a la actualización de metas, orientado a la recolección de datos, realizar el análisis respectivo sobre la ejecución de las actividades en relación a la sistematización numérica, asimismo la presentación y discusión de la información con el equipo de monitoreo para asegurarme que los resultados sean parte de una evidencia que sea sólida, para socializar la información a las contrapartes como para CONAMUSA y la DPCTB-MINSA trimestralmente. Ahora, considero que, desde mi desempeño de cada día, aparentemente son solo cifras, pero no puedo ser ajena a la realidad que hay detrás de esos números que no logran visibilizar el lado social.

- Por otro lado, los avances que se han ido logrando referente a los servicios y recursos sanitarios, rescato que aprendí, de la experiencia, que la TB está vinculado a los aspectos sociales, que no deben ser ignorados, ya que la población vulnerable es proclive a contagiarse, de manera que se debe reconocer la participación comunitaria. Entonces, considero de gran relevancia que el ámbito laboral en situaciones similares con poblaciones vulnerables la salud pública no esté separada del enfoque antropológico, con intervenciones más humanas que ayude a observar cambios o dinámicas sociales, que integre los espacios de diálogo con ejecuciones más cercanas con los actores involucrados.

3.2. Dilemas éticos

- El proyecto ha tenido como necesidad fortalecer la respuesta sanitaria frente a la TB, sujeto a lineamientos técnicos- biomédicos, para el control de la enfermedad a poblaciones vulnerables a nivel nacional, el cual se ha priorizado la implementación de nuevas tecnologías, medicamentos (esquemas orales y acortados), intervenciones de

BATB el cual implica una evaluación clínica en “zonas calientes” con alta incidencia de contagio de la enfermedad, etc., este tipo de lineamiento o enfoque de alguna manera se encuentra por encima de la realidad social, en el que se limita abordar sobre las percepciones, experiencias y necesidades de la población objetivo.

- Se tiene una mirada de luchar por justicia social institucionalmente, en el que se debe construir una sociedad que genere “cambios” fortaleciendo el sistema de salud. No obstante, se deja de lado esos “cambios profundos” para que la población tenga la oportunidad de gozar de buena salud, pues desde mi reflexión, las estrategias que se han considerado respecto a los recursos y servicios no logran la solución en su totalidad de combatir la TB, por ejemplo, de acuerdo al indicador de esquemas orales y acortados, se logró pasar la meta del tratamiento con estos medicamentos en pacientes, considerando para el registro de la meta solo el “inicio del tratamiento”, sin embargo, no se realiza un seguimiento a todos los pacientes para que no abandonen el tratamiento. Cabe precisar, que el diagnóstico y tratamiento son totalmente gratuitos.

- Agregando mi percepción, detrás de cada cifra sobre la ejecución de las metas, también existen situaciones de vida de cada persona y familia, sumergidas en condiciones de pobreza, el miedo a ser juzgados que probablemente hace que no culminen con el tratamiento, por lo que se debe prevenir el estigma. Contrastando lo señalado, Ugarte (2009) menciona que justamente los pacientes que no logran culminar con un tratamiento para la TB, están asociados a contextos de pobreza, lo que involucra que sean los más afectados, debido a que no se alimentan bien, el bajo nivel educativo, no siguen con el tratamiento cumpliendo las horas adecuadas, lo que no permite ser constante y regular, esto es preocupante porque la TB se puede volver peligroso multirresistente. La TB no solo muestra un factor biológico, sino que también la persona puede sufrir de actos de discriminación por la sociedad, lo que implica el miedo a ser contagiados, esto no ayuda a reintegrarse a la sociedad, convirtiéndose en una “muerte social”. Este problema, también está asociada, al aspecto estructural, con un poder económico, social y político, de este modo se ve las relaciones de poder que van determinando en la sociedad.

– Respecto a las visitas que realicé en las campañas de BATB, si bien es cierto, se tuvo el apoyo de los miembros comunitarios para socializar a la comunidad para que puedan acceder a una prueba rápida de TB, estos no estaban muy involucrados con la información en relación a la prevención de TB. Y bajo el reporte que realizo del indicador BATB, solo es el relevante el número de tamizados y número de intervenciones realizadas, pasando a un segundo plano sobre la participación comunitaria. De este modo, me genera esa cuestión sobre la intervención que se ejecuta y de lo que debería ser. Lo indicado, definitivamente sigue el lineamiento del Fondo Mundial en el que se monitorea estos servicios con metas clínicas hacia una oferta de servicios sanitarios.

3.3. Contradicción institucional

- La salud de la población está condicionada por cuatro puntos relevantes; el estilo de vida, el factor biológico, el entorno que lo rodea y la oferta de servicios sanitarios. Ahora este último, presenta mayor apoyo de las políticas y desde la parte financiera (Fuentes, 2009). Ante lo expuesto, se contrasta con la realidad del proyecto, pues la toma de decisiones respecto al financiamiento se deriva desde la organización internacional el Fondo Mundial, estableciendo el apoyo sobre los servicios y mejorar en la atención de esta enfermedad, con el propósito de tener una mayor cobertura hacia poblaciones vulnerables. Bajo esta situación, también se va reproduciendo una brecha o desigualdad, pues se toman decisiones institucionales que determinan qué intervenciones se van a ejecutar, marcando una distancia sobre los problemas que realmente necesitan las poblaciones vulnerables. De este modo, hay una cuestión de lo que corresponde hacer y de lo que no se está ejecutando realmente.

- Ahora, dentro de los lineamientos del proyecto, existe también el modelo de participación comunitaria necesarios para lograr una justicia social. No obstante, ha pasado a un segundo plano debido a la modificación presupuestal del FM, estos indicadores incluyen justamente que se debe acompañar al paciente en un proceso de recuperación, el cual construye un puente entre la comunidad vulnerable y la atención sanitaria. Estas acciones de vigilancia y monitoreo fueron suspendidas. También, la implementación de visitas de monitoreo a las diferentes instancias de la población. Asimismo, la implementación de plataformas que ayudan registrar problemas de

estigma, discriminación y los derechos humanos. Vemos como desde un enfoque institucional, se ejercen las relaciones de poder, como señaló Fassin (2012), solo se calman los problemas, pero no se abordan desde el problema profundo, generando brechas entre lo que se ejecuta y debería ejecutarse.

3.4. Aportes del enfoque antropológico

- Desde la antropología, de acuerdo al aporte de Farmer (1999), la participación comunitaria juega un rol relevante porque permite mejorar los esfuerzos para realizar un seguimiento de los pacientes con TB, sobre todo en comunidades pobres, colocando a las poblaciones vulnerables, pues las personas están más expuestas a contagiarse. De este modo, señala un fuerte apoyo de los miembros comunitarios que responden a la solicitud de los pacientes, como por ejemplo la asistencia nutricional, logrando visitas personalizadas hacia un enfoque de vigilancia social, respondiendo y cumpliendo con la adherencia al tratamiento.

- Se debe contar con indicadores de seguimiento sobre la participación comunitaria empoderando a los miembros de la comunidad, estos líderes deben estar involucrados en la toma de decisiones junto con las organizaciones de la salud, para la ejecución de acciones (Word Meath Organization, 2023).

3.5. Recomendaciones

- Considero que, para tener una sociedad más equitativa, hay un gran desafío, en el que se debe trabajar en conjunto con la participación de los miembros comunitarios. De acuerdo a Zhang (2016), influye la participación comunitaria, en la adherencia del tratamiento de los pacientes, pues su función va más allá de solo realizar un seguimiento en el que debe tomar un medicamento, sino que también está capacitado para orientar y acompañar al paciente. Desde una mirada antropológica, desde mi opinión, los miembros comunitarios son claves, para generar confianza, acompañar al paciente, descubrir los conflictos en el entorno familiar, si la familia apoya en el cuidado, cómo vive el paciente día a día, conocer también sus creencias respecto a la enfermedad, entre otros.

- En el proyecto, justamente hay una debilidad que limita a los miembros comunitarios para que establezcan una relación social cercana con la comunidad, pero también discuto, que, desde las intervenciones focalizadas de BATB, algunos miembros comunitarios no están suficientemente preparados para brindar información en las campañas, el cual se debería considerar un mayor financiamiento para las capacitaciones, pero esto queda distante, ya que estamos a puertas de cerrar el proyecto.

  Entonces, a partir del argumento anterior, existe una reflexión que me permite reconocer que, a través de la sistematización de datos y seguimiento de indicadores para el cumplimiento de metas, desde un enfoque cuantitativo, también se debe integrar las condiciones sociales, económicas y culturales, pues el monitoreo debe integran la voz de la comunidad vulnerable. Pues la TB no solo debe tener una mirada que afecta al cuerpo de la persona de forma física, sino que también existen otros aspectos que van más allá de la oferta de servicios. Por lo que, se debe comprender a la TB desde lo biomédico y social. Considero también que se debe promover una educación comunitaria comprometida. Cabe señalar, que la mayor cantidad de muertes en el país, es causada por la TB (MINSA,2025), a pesar de los avances con las diferentes estrategias implementadas desde el proyecto y MINSA aún no se logra poner fin a la TB, según lo proyectado por la OMS, para el 2030 se debe erradicar la TB.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se presentan las siguientes conclusiones:

- Las intervenciones ejecutadas en el proyecto específicamente en el componente de tuberculosis de la ONG Unidos por la Salud, tiene una mirada biomédica, que ayudan a fortalecer el sistema de salud a nivel nacional para la atención a las poblaciones vulnerables. Sin embargo, existe una tensión desde mi función como monitora al realizar el seguimiento de los indicadores en relación a la ejecución de metas, marcado por acciones técnicas – clínicas, que solucionan el problema desde la enfermedad, es decir, centrado únicamente en el sujeto. De manera que desde mi experiencia existe un vacío por comprender la realidad detrás de los números o cifras reportados en las ejecuciones de los indicadores como: Número de tamizajes, número de esquemas orales (medicamentos), números de terapias preventivas en población pediátrica y penales, número de apoyo económico a pacientes con TB, etc.

  Bajo este argumento, se invisibiliza los aspectos sociales, pues existe un vacío que deja de lado, sobre las necesidades de los pacientes con TB, Para tomar decisiones políticas u organizacionales, pues para disminuir la incidencia de contagio de la enfermedad es necesario trabajar en conjunto desde la mirada biomédica y social. Ahora, desde el proyecto se reconocen los apoyos económicos, para gastos clínicos, movilidad, etc., pero no solucionan sus necesidades reales, entonces considero relevante la participación de los miembros comunitarios para saber justamente esas necesidades ¿con quienes viven?, ¿cómo se sienten? ¿qué necesidades tienen en el hogar? etc., asuntos que no se ven detrás de los indicadores de seguimiento. y dar un soporte de acompañamiento en la adherencia del tratamiento y emocionalmente, se resalta que estos miembros son expacientes o han tenido algún familiar con TB, en el proyecto estos miembros solo tienen una participación limitada en las intervenciones de BATB.

- Respecto a los aportes teóricos, se menciona que la enfermedad de TB tiene una mirada que va más allá de lo biomédico, asociados a tratamiento médicos. Existen factores estructurales, que reproducen ese poder institucional. En esta línea, desde la razón humanitaria, las organizaciones controlan y toman decisiones que solo calman la ayuda o acciones en las ejecuciones de las intervenciones, pues contrastando con el proyecto, se fortalece la atención en el sistema de salud, a través de medicamentos, tamizajes,

apoyos económicos para gastos clínicos, se fortalece los centros de salud con equipos y recursos humanos (personal de salud), entre otros. Pero, también existen deficiencias por mejorar en las intervenciones, como la falta de preparación de los miembros comunitarios, más socialización con la comunidad. Por otro lado, las fallas de los equipos sanitarios que marcan un retraso las intervenciones. Condicionando una atención oportuna. Noto que existe una distancia entre lo que se ha determinado y planificado como institución, pero muchas veces se aleja de la realidad en el sentido de que se fortalece y ejecuta estrategias sanitarias desde una oferta de servicios, pero no se soluciona los problemas de los pacientes que pueden estar asociados al miedo al estigma y problemas cotidianos de cada paciente.

De acuerdo a las decisiones por el Fondo Mundial, es quien determina la continuidad de las actividades de TB y qué destinos van a beneficiarse de las estrategias sanitarias, de este modo desde la decisión institucional, se elige qué regiones serán atendidos y quienes no con la BATB. Ahora, se tiene que tener en cuenta que, en las regiones del país, tal es el caso de Loreto y Lima Regiones, existe una alta incidencia de contagio de TB, el cual desde junio se han cancelado las intervenciones.

- Al reflexionar sobre la experiencia como monitora en el componente de TB, tengo claro que una de las causas principales con mayor fallecimiento en la población es por la enfermedad de TB, desde mi función existe una cuestión sobre lo que se está ejecutando y lo que debería ejecutarse para disminuir la incidencia de contagio de la TB. Pues queda claro que se debe tomar medidas más humanitarias que nos acerquen a la población. Por otro lado, existe una presión institucional, en el que se va perdiendo la sensibilidad sobre la población vulnerables con TB, pues estos se encuentran detrás de los números reportados, a lo largo de la ejecución del proyecto, hubo muchas renuncias entre especialistas y monitores, considero que cuando no hay un mecanismo de apoyo por que todos están recargados laboralmente, se debilita el equipo y el propósito del proyecto. La presión institucional es continua en cuanto a exigencia, y cuestiono este escenario porque se va normalizando el trabajo bajo estrés intensificado y renuncias.

Se presentan las siguientes recomendaciones:

- Se debe fortalecer las visitas de monitoreo un trabajo en conjunto entre el proyecto y el MINSA, para mejorar e identificar necesidades reales de los pacientes en campo en las intervenciones de Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB).

- Implementar capacitaciones para los miembros comunitarios que incluyan temas sobre estigma y discriminación que afrontan los pacientes con TB. También sobre las prácticas sanitarias como medida preventiva de TB, para que se refuerce el conocimiento y se traduzca en las intervenciones de BATB.

- Mecanismo de apoyo, como guías o manual que permitan entender la ejecución del proyecto en salud, matrices que contengan información antigua y avances mensuales de forma ordenada y espacios de comunicación en horario laboral, para fortalecer la función de los nuevos integrantes del equipo de monitoreo u otras áreas del proyecto, para evitar renuncias y no debilite el equipo y el propósito del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

Cerda, L., & Molina, J. (2014). *De lo biomédico a lo biopsicosocial: Práctica discursiva en la salud pública chilena desde los 90 a la actualidad.* Univesidad Académica de Humanismo Cristiano (Tesis de Licenciatura). https://goo.su/AyUgd

Elío-Calvo, D. (julio-diciembre de 2023). Los modelos biomédico y biopsicosocial. *Revista Médica La Paz, 29*(2), 112-117. https://goo.su/ewOB

Farmer, P. (1999). *Infecciones y desigualdades. Las plagas modernas.* Universidad de California Prees. https://goo.su/fonx8

Farmer, P. (2000). Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. *Papeles de Población*(23). https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd3920.pdf

Fassin, D. (2012). *Razón humanitaria: Una historia moral del presente.* Prensa de la Universidad de California. https://dokumen.pub/humanitarian-reason-a-moral-history-of-the-present-9780520950481.html

Fassin, D. (2024). Entre ideología y pragmatismo: ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En E. Menéndez, & H. Spinelli, *Participación Social ¿para qué?* Remedios de Escalada.

Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica.* Siglo veintiuno editores s..a. de c.v. https://goo.su/Pgc3BqH

Fuentes, L. (2009). Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26*(3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000300017&script=sci_arttext&tlng=e

Marrau, M. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades, X*(19), 167-177. https://www.redalyc.org/pdf/184/18411965010.pdf

Menéndez, E. (2024). Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En E. Menéndez, & H. Spinelli, *Participación Social ¿para qué?* Remedios de Escalada.

Ministerio de Salud . (2015). *Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015.* https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/693981DC3C9D9765052580D6005AC863/$FILE/1__asistbc.pdf

Ministerio de Salud. (11 al 17 de marzo de 2018). Boletín Epidemiológico del Perú. *27*. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/11.pdf

Ministerio de Salud. (2018). *Resolución Ministerial N°247-2018/MINSA . Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones priorizadas de Callao, Ica, La Libertad y Loreto, 2018 - 2020.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/187917/187412_R.M_247-2018-MINSA.PDF20180823-24725-behrrf.PDF?v=1672777107

Ministerio de Salud. (2023). *Tuberculosis: Situación de la tuberculosis en Lima, con énfasis en Lima Norte: Retos y desafíos para el 2023*. https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-11-18/diris-ln-presentacion-tb-retos-y-desafios-en-lm-11112022.pdf

Ministerio de Salud. (julio de 2024). *MINSA intensifica búsqueda de casos de tuberculosis en poblaciones vulnerables.* https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/996224-minsa-intensifica-busqueda-de-casos-de-tuberculosis-en-poblaciones-vulnerables

Ministerio de Salud. (2024). *Norma Técnica de Salud para Prevención y Control de la Tuberculosis. Resolución Ministerial N°894 - 2024 - MINSA.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8228140/6873271-nts-para-la-prevencion-y-control-de-la-tb-2024.pdf?v=1750199838

Ministerio de Salud. (2025). *Perú refuerza su lucha contra la tuberculosis con tecnología de punta, tratamientos innovadores y prevención focalizada*. https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1131672-peru-refuerza-su-lucha-contra-la-tuberculosis-con-tecnologia-de-punta-tratamientos-innovadores-y-prevencion-focalizada

Muñoz, R., & Fernández, R. (2011). Factores sociales en la incidencia de tuberculosis pulmonar en el municipio "10 de Octubre". *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 49*, 325-335. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-30032011000300002

Organización Mundial de la Salud. (2025a). *OPS*. Tuberculosis: https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis

Organización Mundial de la Salud. (2025b). *Tuberculosis (TB).* https://www.afro.who.int/health-topics/tuberculosis-tb#:~:text=D%C3%ADa%20Mundial%20de%20la%20Tuberculosis,-El%20D%C3%ADa%20Mundial&text=Tambi%C3%A9n%20es%20una%20oportunidad%20para,mediante%20esfuerzos%20de%20desarrollo%20multisectoriales.

Rivera, O., Rivera, I., & Bonilla, C. (2020). Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana Salud Pública, 46*(4). https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e1990

Ugarte, C. (2009). Tuberculosis: Un enfoque de Derechos Humanos. *Artículo de opinión, 26*(1), 55-57. http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a12v26n1.pdf

World Health Organization. (2023). Participación comunitaria para erradicar la tuberculosis. Ginebra.

Zhang, H., Ehiri, J., Yang, H., Tang, S., & Li, Y. (2016). Impacto del tratamiento directo comunitario en los resultados del tratamiento de la tuberculosis: Revisión sistemática y meta análisis. *PLoS ONE, 11*(2). https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147744

ANEXOS

Anexo 1. Glosario

BATB	Búsqueda Activa de Tuberculosis
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud
DPCTB	Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis
FM	Fondo Mundial
MINSA	Ministerio de Salud
NTS	Norma Técnica de Salud
POA	Plan Operativo Anual
TB	Tuberculosis
TPT	Terapia Preventiva de la Tuberculosis
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Anexo 2. Fotografías

Figura 4

Entrega de equipos, fortaleciendo el sistema de salud



Nota. Entrega de equipos rayos x, truelab, analizador de hemoglobina y electrocardiógrafos para fortalecer la atención médica en establecimientos de salud. Lucha contra la tuberculosis en poblaciones vulnerables a nivel nacional (C.M. Fotografía de campo, 6 de marzo 2025).

Figura 5

Zona de intervención en la Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB) en Villa El Salvador



Nota. La Búsqueda Activa de Tuberculosis (BATB) se intensifica en poblaciones vulnerables con alto riesgo de contagio de TB, denominadas como “zonas calientes” como el caso de Villa El Salvador (C.M. Nota de campo, 30 enero 2025).