

Salud comunitaria en el Perú: ¿cómo se está involucrando a la comunidad?

Laura C. Altobelli¹

«Son tres conceptos primordiales de la Salud Pública:

La familia es la primera proveedora de salud.

La comunidad es el primer lugar de producción de la salud.

El cambio de comportamiento es la primera “medicina verdadera” para la salud»

Dr. Carl E. Taylor, experto internacional en salud pública y salud comunitaria

Citar como: Altobelli LC. “Salud Comunitaria en el Perú ¿Cómo se esta Involucradando a la Comunidad?” En: Salud Centrada en las Personas. Perspectivas de la Sociedad Civil. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo Editorial. Primera edición, mayo 2025. Pág. 63-80.

Participación comunitaria en la salud: nuevo enfoque sobre relaciones humanas

Las comunidades en las que viven las personas son fundamentales y determinantes de su salud y bienestar. Las comunidades están en el corazón de la atención centrada en la persona y de los servicios de salud integrados, y estas son las que mejor pueden identificar sus necesidades y prioridades. La pandemia del COVID-19 nos ha mostrado las inequidades y fragilidades del sistema de salud: cómo las comunidades se vuelven aún más vulnerables frente a una enfermedad tan letal para la salud y cómo su participación es clave para enfrentarla mejor.

Desde hace décadas, existen en el país políticas públicas que promueven la participación de las comunidades en el sistema de salud. Sin embargo, construir un sistema de salud de calidad que trabaja «con» las personas y no «para» ellas sigue siendo un reto no alcanzado, quizás porque no se entiende o no se valora la participación social.

Últimamente, investigaciones en múltiples países han sido conducidas para comprender por qué y cómo funciona la participación de la comunidad y cómo mejorar la calidad de la atención (World Health Organization [WHO], 2023). La evidencia emergente establece las bases para un enfoque de «sistema completo de toda la persona», donde la

¹ Revisores del documento: José Miguel Arca, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Celeste Cambria, asesora en ciencias sociales y salud pública; Ariel Frisancho, asesor en salud pública; Mario Tavera Salazar, asesor en salud pública; Eugenio Villar Montesinos, asesor en salud pública.

participación de la comunidad en la salud: i) es un proceso social que tiene dimensiones físicas, emocionales, mentales y sociales inseparables; y ii) es una forma pragmática de integrar los determinantes sociales de la salud en el diseño y la prestación de servicios de salud en forma más equitativa.

Las características de las relaciones humanas —la solidez de las conexiones entre las personas y la seguridad de sí mismas— son puntos de partida importantes que deben ser monitoreados y evaluados. Comprender e intervenir en los patrones de interacciones entre el personal de salud, los usuarios y las comunidades es fundamental, ya que afectan el rendimiento del servicio, la satisfacción y, en consecuencia, los resultados de salud. La confianza entre servicios, usuarios y comunidades es una característica esencial de un sistema de salud que se orienta efectivamente hacia la atención primaria de salud (APS) de calidad y la cobertura universal de salud con enfoque de equidad.

¿Para qué sirve la participación comunitaria en la salud?

La declaración de Alma-Ata, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, estableció la participación comunitaria como un principio básico de la APS, que incluye también la equidad y justicia social (Mahler, 2009; Lawn et al., 2008). En 2008, además de la renovación de estas ideas en el trigésimo aniversario de Alma-Ata, el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS revitalizó el mensaje y compromiso de Alma-Ata: la participación de la comunidad es clave para el desarrollo de su salud y la entrega de servicios (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009).

En 2020, la OMS estableció que la APS comprensiva considera tres componentes: i) la atención tanto preventiva como recuperativa en el primer nivel de atención con las funciones esenciales de salud pública; ii) el involucramiento y empoderamiento de las comunidades; y iii) la acción multisectorial (World Health Organization y United Nations Children's Fund, 2020). Estos dos últimos han sido los elementos más débiles en alguna medida por la falta de definiciones y criterios claros.

En 2021, la OMS publicó por primera vez un manual sobre la participación social en la salud, donde señala sus diferentes formas en el mundo. Se reconoce la importancia de nivelar el 'poder' y el desarrollo de la 'confianza' en procesos de participación social:

La confianza puede fomentarse mediante un diálogo más sólido, regular e institucionalizado entre los poderes públicos y la población, cuando los ciudadanos sienten que las autoridades prestan oído a sus intereses y tienen en cuenta sus perspectivas. Para que los puntos de vista de las personas se difundan y se escuchen, es necesario un entorno en el que se sientan habilitadas para hacer oír su voz; el hacerlo, posibilita a las poblaciones decidir sobre su propia salud y su vida, un paso clave para la realización del derecho humano a la salud. (WHO, 2022, p. 2).

El tipo de participación que más recomienda la WHO es el vinculante, es decir, cuando el Estado permite a los ciudadanos expresar sus preocupaciones, necesidades y prioridades al sector público y a su vez el sector público responde con acciones afines para mejorar los servicios. Para su sostenibilidad, se requiere un ambiente facilitador de políticas públicas y lineamientos que crea una estructura de gobernanza y sistemas operativa de rendición de cuentas (WHO, 2021).

¿Cómo es que el involucramiento en la salud por parte de las familias y las comunidades funciona para lograr la salud y el bienestar que son el derecho de todo ser humano?

- El hogar y la comunidad son los centros de producción de la salud. Son lugares donde la prevención de enfermedades ocurre con las prácticas de higiene, saneamiento y nutrición desde la concepción. La exposición de la familia a riesgos a su salud se determina por la calidad de su medio ambiente, su nivel de seguridad alimentaria, su nivel educativo, nivel socioeconómico, entre otros factores.
- La comunidad es la puerta de entrada al sistema de salud. Allí es donde se toman las decisiones para buscar atención de salud. Además, es donde se reciben visitas domiciliarias y atenciones extramurales en ciertos momentos.
- La acción sobre determinantes sociales de la salud tiene que involucrar a la comunidad. Las prioridades de la comunidad deben ser la base para las acciones sobre los determinantes sociales de la salud, que contribuyen más a la equidad y eficiencia.

- Se fortalecen las capacidades de las personas cuando tienen oportunidades para expresar sus opiniones, decidir y liderar, siempre y cuando sienten que sus opiniones tienen respuesta. Se empoderan y tienen mayores capacidades para actuar a favor de su propio futuro. Esto es especialmente útil si se hace efectiva la participación de las mujeres y personas excluidas.

¿Cómo se puede medir la calidad de participación comunitaria en servicios y programas de salud?

Se han desarrollado indicadores que se miden en una escala desde poca o nula hasta plena participación de miembros comunitarios (Campbell y Jovchelovitch, 2000; Rifkin, 1990):

- *Análisis situacional.* Los beneficiarios (miembros comunitarios) tienen un rol en la identificación de sus necesidades y en el diseño de las intervenciones.
- *Liderazgo.* Los grupos comunitarios inclusivos y representativos están involucrados en la toma de decisiones
- *Organización.* Las intervenciones comunitarias nuevas están integradas y colaboran con las estructuras o redes comunitarias preexistentes.
- *Movilización de recursos.* La comunidad tiene las capacidades de gestionar recursos necesarios para una intervención comunitaria.
- *Gestión.* La comunidad está consultada en la toma de decisiones sobre la gestión de los servicios e intervenciones de salud comunitaria.

¿De qué forma se fortalecen los servicios gubernamentales al involucrar a la comunidad en la salud y desarrollo?

- *Mejora el acceso a los servicios de salud.* Se reduce el desconocimiento y la desconfianza de la comunidad y mitiga las barreras culturales que impiden la búsqueda oportuna de atención.

- *Mejora la cobertura de servicios.* Según una revisión sistemática de programas con participación vinculante, en los que el sistema de salud respondió con acciones afines, se lograron mejores resultados cuanto mayor tiempo fue la duración de este enfoque y más completo el involucramiento de la comunidad (Labonté et al., 2017).
- *Mejora la equidad.* La misma comunidad promueve y facilita el acceso a los servicios públicos a las poblaciones excluidas, según evidencias probadas.
- *Promueve la calidad y calidez de la atención.* Cuando la comunidad tiene la oportunidad de vigilar y opinar sobre la calidad de los servicios de salud, se favorece un desempeño más eficiente y efectivo del personal.
- *Promueve la transparencia de la gestión pública.* La vigilancia de la comunidad sobre los servicios públicos reduce la corrupción del Estado y logra una mayor eficiencia en el manejo de los recursos públicos, especialmente en lugares donde hay una descentralización de la gestión pública.

¿Cuál es la evidencia de que el trabajo con la comunidad puede afectar la calidad de gestión de los servicios de salud?

Según una revisión sistemática de 110 casos, desde el lado de la oferta sobre la calidad total de la gestión del primer nivel de atención, fueron identificados dos principales componentes críticos relacionados con la comunidad:

- *Las estrategias deben estar basadas en la comunidad para gestionar con éxito el primer nivel de atención.* Es clave para la aceptabilidad y la demanda por servicios por ser la comunidad el primer punto de contacto con el sistema de salud.
- *El trabajo del personal no médico y los actores sociales o agentes comunitarios de salud es clave.* Los roles ampliados de enfermeras, obstetras, otro personal no médico, además de agentes comunitarios de salud, tienen un impacto positivo en la calidad, la cobertura y la eficiencia de los servicios de salud, y en la prevención y el manejo de enfermedades no transmisibles. Por ello, es necesario compartir tareas (Dodd et al., 2019).

¿Por qué es fundamental la participación de las familias y las comunidades para lograr el desarrollo socioeconómico equitativo con democracia y libertad?

Según Sen (1999), premio nobel en economía, la participación, la democracia, la libertad y el desarrollo son aspectos íntimamente ligados. Es necesario que las personas participen en la democracia para tener libertad, pero requieren capacidades para participar. Este es el reto en comunidades vulnerables con un bajo nivel educativo. Sen (1999) afirma que es el deber del Estado brindar las oportunidades que generan las capacidades para que las personas puedan participar con el fin de lograr su libertad y su desarrollo. La «privación de capacidades» define mejor lo que es pobreza más que por simplemente tener bajos ingresos. La participación de la comunidad en la salud es clave para la generación de capacidades que son esenciales para su desarrollo y salida de la pobreza —especialmente si se utiliza un enfoque de relaciones interpersonales como la base—. Si se entiende la salud comunitaria como una puerta de entrada para generar capacidades, se contribuirá a la posibilidad de su desarrollo socioeconómico.

La relación entre bajos ingresos, capacidades y salud es variable entre comunidades, familias y personas. En el contexto de políticas públicas, hay que considerar ciertas características que afectan esta relación. Esto incluye factores como la edad (mayor y joven), género y roles sociales (la maternidad y roles intrafamiliares), sitio geográfico (poca agua, inseguridad) y otros factores sobre los que las personas tienen poco o ningún control. Para que el sistema sea equitativo, las oportunidades para participar deben ser dirigidas a estos grupos en riesgo que presentan mayores retos para el desarrollo de capacidades frente a su salud y desarrollo (Sen, 1999).

¿Cuál es la relación entre la descentralización y la participación social?

La descentralización es un proceso originalmente concebido como un reordenamiento interno del Estado para lograr mayor eficiencia y efectividad de los servicios públicos. Sin embargo, la devolución del poder al gobierno local abre la puerta a la captura de ese control por intereses que no necesariamente se alinean con los objetivos del gobierno central o regional, o a favor de las comunidades más vulnerables. Por ende, la discrecionalidad

otorgada al gobierno local debe ser acompañada por una medida de control sobre esa discrecionalidad. En sistemas con descentralización democrática, el control viene de los niveles más altos del gobierno y de la sociedad civil (Brinkerhoff et al., 2007; Ugalde y Homedes, 2008), estos son los controles sobre las tendencias de corrupción. En nuestro sistema, no hay control ni de arriba ni de abajo. La efectividad del abordaje de los determinantes sociales de la salud, los programas de incentivos municipales y otros con objetivos de salud a través de los gobiernos locales dependen de la participación vigilante y vinculante de la población beneficiaria.

¿Cuáles son los retos del sector peruano de salud para entender y valorar la participación social?

A pesar de todo lo antes mencionado, a más de cuarenta años después de Alma-Ata, los sistemas de salud en el mundo siguen siendo liderados por científicos en biomedicina y expertos en salud que promueven soluciones tecnocráticas que brindan pocas oportunidades a los miembros de la comunidad para identificar sus prioridades y adaptar las soluciones de los expertos a su realidad local. Al respecto, un médico peruano señaló que los médicos peruanos no son biomédicos, sino que son extremadamente biomédicos. Un enfoque biomédico prioriza el manejo de la enfermedad, y no la prevención primaria de la enfermedad ni el desarrollo de capacidades en las personas. En contraste, la prevención primaria ocurre en el hogar y no en el servicio de salud. El esfuerzo para enfocarse más en la salud comunitaria para lograr la prevención de enfermedades, la equidad, la justicia social y las capacidades de las personas es una lucha que está ocurriendo en forma doblegada en todo el mundo en el contexto pospandemia. Si se decide, el Perú podría ser uno de los líderes en este sentido; no obstante, pareciera que no se ha decidido serlo todavía.

Un reto principal para políticas públicas sobre la participación social en la salud es que la forma de entender el concepto de participación es diferente entre varios actores sociales. Por ejemplo, en la reforma de salud de Colombia durante 1990, la participación social fue considerada esencial para el debido funcionamiento del sistema de salud e incluyeron políticas que la promocionaron. Después de varios años, un estudio mostró que

los formuladores de políticas le dieron un sentido de evaluación y control de los servicios de salud por parte de la comunidad para mejorar su calidad. Sin embargo, los sentidos y significados de participación del personal de salud y de los miembros de la comunidad fueron totalmente distintos. Por ende, los diferentes conceptos deberían tomarse en cuenta y ser explícitos para conseguir la vinculación entre la comunidad y los servicios de salud (Delgado Gallego et al., 2005).

Por no tener claro el concepto e importancia de la participación entre los decisores políticos, la solución estándar para el desarrollo de comunidades es entregar servicios o recursos. Esto no ha funcionado del todo bien, no por una ineficiencia inherente, sino porque no cumple con la primera necesidad de la comunidad de involucrarse en su propio desarrollo. Se sabe que el cambio comunitario sostenible ocurre mayormente cuando la misma gente cumple el rol de actores principales en el cambio. En ese sentido, el reto es analizar cómo integrar mejor los servicios y recursos externos con los esfuerzos propios internos (Taylor et al., 2012).

¿Cómo se puede iniciar un trabajo efectivo con la comunidad?

Esta es una pregunta clave. Las formas operativas de acercarse a una comunidad para facilitar su participación constituyen aspectos críticos a resolver. Hay formas tradicionales y otras formas nuevas que pueden ser más efectivas (Future Generations University, s. f.). A continuación, se presentan algunas de ellas:

- En la forma tradicional, los profesionales realizan el trabajo de planificación y la comunidad es convocada para «apoyar en la ejecución»; en la nueva visión, todo se trabaja en asociación y coparticipación entre la comunidad y los profesionales.
- En la forma tradicional, los profesionales escogen con qué comunidades se van a trabajar; en la nueva manera, es la comunidad misma la que decide colaborar.
- Se deben construir acciones sobre aquello que ya esté funcionando en la comunidad. Es decir, se construye sobre lo que ya existe.

- Se construye sobre un aspecto positivo que la comunidad considera ya haber logrado, aunque sea un avance pequeño y puntual. No se trabaja solo para corregir problemas.
- El trabajo con la comunidad es iterativo, es decir, puede haber varios intentos de ensayo y error hasta que el proceso funcione. No se basa en una plantilla estricta; no se debe considerar el trabajo con la comunidad como un fracaso si no funciona la primera vez.
- Se aprende de la comunidad si se la escucha de manera activa y si se mantiene un diálogo activo con ella. No debe decirle a la comunidad lo que hay que hacer.

Antecedentes y análisis situacional de la participación comunitaria en el Perú

La cultura peruana siempre se ha destacado con formas de organización comunal, muchas veces para resolver sus necesidades frente a la ausencia de apoyo del Estado. Se han desarrollado innumerables experiencias de participación comunitaria en todos los sectores, con comunidades o grupos comunitarios mayormente apoyados por agentes de cambio externos (Zárate, 2005).

La política del Estado sobre la participación social fue consagrada en la Constitución Política del Estado del 1979², aun después de los lineamientos específicos para la participación en la salud en el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud, producto de la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud en 1981, firmado por el ministro de Salud, el Dr. Uriel García. Asimismo, la Ley Orgánica de Salud de 1985 establece la participación del pueblo como primera prioridad para la defensa de la salud. A través de los años se han desarrollado docenas de formas de participación comunitaria para la salud y nutrición en el país con variadas estructuras, funciones y objetivos. Los ejemplos más conocidos son los comedores populares, los clubes de vaso de leche, clubes de madres, clubes juveniles, juntas administradoras de servicios de saneamiento (JASS), entre otros. Estas estrategias tienen en común que la comunidad se organiza para trabajar a favor de un

² «Artículo 15. Todos tienen derecho a la protección de la salud integral y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad».

beneficio directo a los miembros comunitarios. Algunos grupos comunitarios reciben ayuda y apoyo del Estado, por ejemplo, en alimentos u otros insumos, capacitación o incentivos, entre otros.

Actualmente, la política de salud menciona la salud comunitaria, pero no presenta un concepto claro sobre el rol de la comunidad y de las personas en ella. El documento técnico del Ministerio de Salud sobre el modelo de cuidado integral (MCI) solo menciona un comité local de Salud en un plan local de salud de las redes integradas de salud (RIS); este comité estaría a cargo de la municipalidad para su gestión. El MCI sugiere que la responsabilidad para generar demanda por servicios de salud recae en la municipalidad y en los agentes comunitarios de salud. Sin embargo, no da más detalles sobre la estructura del comité local de salud ni cómo esto debe funcionar para generar demanda por servicios. Por ende, se dificulta o imposibilita su implementación (Ministerio de Salud [Minsa], 2020).

Experiencia peruana de participación social en salud a través de la cogestión

En 1994, un Decreto Supremo estableció el Programa de Administración Compartida (PAC), y en el 2008 se promulgó la Ley n.º 29124 de Congreso y su reglamento (Decreto Supremo n.º 017-2008-SA). Cuando se creó el PAC, se partió bajo el supuesto de que la gestión de los establecimientos de salud (EE. SS.) en el primer nivel de atención funcionarían mejor si los miembros de la comunidad se organizaban para apoyar la administración del establecimiento de salud. Según la ley de cogestión, el objetivo principal es:

para contribuir a ampliar la cobertura, mejorar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y generar mejoras condiciones sanitarias con participación de la comunidad organizada, en el marco de la garantía del ejercicio del derecho a la salud, y en concordancia con el proceso de descentralización. (Ley n.º 29124, 2007, p. 1)

La ley otorga el poder de decisión compartida entre el Estado y la comunidad organizada sobre el manejo de algunos de los recursos públicos con base en un convenio tripartito: i) una asociación civil sin fines de lucro conformada con participación comunitaria, llamada Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), inscrita en la Superintendencia Nacional

de los Registros Públicos (Sunarp), ii) la Dirección Regional de Salud; y iii) el gobierno local (distrital).

Como una asociación civil, los CLAS tiene carácter privado con personería jurídica, cuyos miembros son elegidos de y por las comunidades en el ámbito, con otros miembros designados de instancias públicas, según la ley de cogestión. El convenio tripartito se basa en el programa de salud local (PSL), cuya formulación y vigilancia debe contar con la participación de los CLAS y cuyo financiamiento proviene del Estado.

Los EE. SS. gestionados con el modelo CLAS siguen las mismas políticas de salud que los EE. SS. sin CLAS. Las diferencias residen en su modelo gestión, el cual se caracteriza por ser innovador en financiamiento y gestión del primer nivel de atención, y con la comunidad como componente clave para vigilar la calidad de servicios y asegurar la transparente rendición de cuentas. Asimismo, los CLAS tienen mayor flexibilidad y eficiencia en su gestión por incorporar algunos elementos de la ley privada, lo que ofrece mejores resultados. En comparación con los EE. SS. no CLAS que están administrados exclusivamente bajo la ley de administración pública, el modelo de cogestión brinda mayor equidad (Altobelli, 2002), menos tiempo de espera (Cortez, 1998), mayores coberturas y mejor costo-eficiencia (Altobelli et al., 2005), y mayor disponibilidad de medicamentos (Vicuña et al., 1998), entre otros.

¿Cuáles son los desafíos de la experiencia de cogestión con CLAS?

A partir del 2004, con la descentralización de la función salud hacia los gobiernos regionales, cada región decide de manera autónoma el apoyo a los CLAS. Sin embargo, la falta la orientación del Minsa a las autoridades regionales, que cambian cada cuatro años, dificulta su implementación. Otro gran desafío ha sido la oposición de grupos poderosos de profesionales y su presión sobre los ministros de Salud de turno para no brindar el apoyo político necesario al modelo de cogestión con la participación ciudadana. Por alguna razón, se opone al uso de la ley privada, permitido en los CLAS, para contratar a personal de salud adicional que se podría requerir en el primer nivel de atención, aun cuando es a beneficio del personal de salud y sirve como apoyo tener más opciones de trabajo. Inclusive, esto

permite mejorar la calidad de atención. El reglamento no permite el nepotismo. Según la experiencia de las regiones que aplican la cogestión en su primer nivel de atención, como el caso de Arequipa, la calidad se mantiene cuando los CLAS pueden contratar a un chofer para la ambulancia, al personal para el reemplazo de quienes salen de vacaciones, destacados a un hospital o para completar una residencia médica de tres años y no regresan. Asimismo, los CLAS suelen contratar a médicos especialistas por turnos para el bien de la población en su ámbito.

En el Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Minsa, existe un equipo técnico que monitorea los servicios de salud bajo el modelo de cogestión. Sumado a ello, el Despacho Viceministerial de Salud Pública, los Gobiernos Regionales y las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud también deberían velar por la implementación de la ley de cogestión, la participación de la comunidad en la APS y la salud comunitaria a través de ella (Altobelli, 2024).

Antecedentes y análisis situacional de los agentes comunitarios de salud en el Perú

La OMS reconoce que el agente comunitario de salud (ACS) es un componente importante de los recursos humanos en salud para llegar mejor a la población. Este es un elemento clave para poder lograr los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en salud (WHO, 2016).

Una de las reformas más prometedoras para mejorar la calidad del primer nivel de atención refiere a la comunidad: el empoderamiento de las familias para mejorar sus comportamientos en salud y nutrición en el hogar y para reclamar una mejor calidad de atención en los servicios públicos (Kruk et al., 2022). Los ACS tienen un rol importante para empoderar a las familias, pues son el nexo clave y actúan como «mensajeros» entre el sistema de salud y la comunidad. Además, llevan educación a los hogares en su vecindario, identifican oportunamente signos de alarma y ayudan a sus vecinos a llegar a su atención preventiva y curativa.

Estudios cualitativos muestran que los ACS son apropiados y valorados, y que amplían la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud (Kruk et al., 2022). Hay evidencia de la efectividad de los ACS para reducir significativamente la

mortalidad materna, fetal, perinatal y neonatal, así como para aumentar el uso de la vacuna antitetánica, el parto institucional, el inicio temprano de lactancia materna y la búsqueda oportuna de atención para las morbilidades neonatales (Lassi y Bhutta, 2015). La educación impartida a la familia por los ACS es efectiva para el cambio de comportamientos y mejoras en el estado de la salud infantil (Altobelli, et al., 2020; Lassi et al., 2019).

Hay muchas lecciones aprendidas sobre cómo organizar programas nacionales de salud comunitaria con ACS. Para su éxito y sostenibilidad, es necesario establecer un sistema estructurado de gobernanza desde las autoridades nacionales y subnacionales de salud (WHO y UNICEF, 2020). Las experiencias exitosas de Ruanda y Etiopía, entre otros, son ejemplos ilustrativos. Se necesitan estrategias probadas de capacitación y supervisión sostenibles para los ACS.

Las diferencias socioculturales en un país exigen la adaptación de estrategias diferenciadas para asegurar la entrega efectiva de los servicios de salud según la zona. Un buen nivel de confianza entre el sistema de salud y comunidad es primordial y en muchos lugares esta se logra a través de los ACS. Se debe observar el fortalecimiento y la continuidad de esta confianza entre proveedores, ACS y miembros de comunidades. Asimismo, se debe fortalecer los dos lados de oferta y demanda: la calidad de servicios que afecta mucho las decisiones de buscar atención; y la capacitación, supervisión y apoyo que se brinda a los ACS para que promuevan las actividades de prevención en el hogar, la demanda oportuna y el acceso al sistema de salud. Se deben considerar las características, incentivos y orientación al personal de salud que trabajan con los ACS y las comunidades.

¿Cuáles son y cómo deben ser las características gerenciales y operativas de trabajo con ACS en el sector salud peruano?

Actualmente, más de 30 000 ACS han sido registrados a nivel nacional por el Minsa. Durante la pandemia, se crearon los comités comunitarios anti-COVID-19 que incluyeron ACS antiguos, quienes tenían roles enfocados en el control de la pandemia. También, hay experiencias recientes de ACS que promueven el consumo de micronutrientes en el hogar (Meta 4). Con las excepciones de los centros comunitarios de salud mental y algunos

programas y proyectos, no se cuenta con información sistematizada sobre las actividades que realizan los ACS, su nivel de actividad ni su efectividad sobre la salud de sus comunidades. Hay diferentes tipos de ACS que colaboran o han colaborado con diversos programas con roles específicos para el control de malaria, dengue, TBC, anemia, así como en la salud reproductiva, la salud y nutrición maternoinfantil y el desarrollo infantil.

La transferencia de tareas al personal profesional no médico, como los ACS, es uno de los factores de éxito de la atención primaria de salud en muchos países (Dodd, 2019). En el Perú, la profesión médica se resiste a la transferencia de tareas y prioriza el enfoque biomédico, lo que impide el desarrollo de trabajo comunitario de la salud.

En cuanto a la gobernanza actual de la salud comunitaria y de los ACS, el Minsa la asigna a la Dirección de Promoción de la Salud, donde una funcionaria se encarga de los ACS y promueve su capacitación anual en todas las Diresa. Estos esfuerzos son valiosos, pero insuficientes para una gobernanza efectiva.

El rol de capacitación y supervisión de los ACS ha sido asignado a las ONG y programas de salud de la Iglesia según la normatividad del Minsa (2014). Esta es una solución parcial, poco coordinada y sostenible.

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, así como el modelo de cuidado integral (MCI), no menciona mucho sobre el trabajo con comunidades, pero sí señala la necesidad de «reconsiderar el rol de los ACS» y que «el personal de salud de las redes de salud es responsable por la capacitación, supervisión y apoyo a los ACS» (Ministerio de Salud, 2020, p. 62).

Aunque existe un movimiento internacional para reconocer el trabajo de los ACS con remuneración, generalmente la política del país ha sido utilizar incentivos no monetarios, con la excepción de los actores sociales de Meta 4 para la reducción de anemia infantil y en programas para el desarrollo infantil temprano del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Propuestas de mejora

En general, para fortalecer la gestión de la salud comunitaria, se recomienda lo siguiente con base en evidencias: a) desarrollar la fuerza laboral no profesional, b) integrar prevención y control de enfermedades no transmisibles al paquete básico materno-infantil, c) fortalecer la capacidad gerencial en todos los niveles con roles de liderazgo y gerenciales asignados, d) institucionalizar el trabajo comunitario, e) modernizar sistemas de información de la APS con indicadores desde la comunidad.

¿Qué se puede hacer para implementar un nuevo enfoque relacional para la participación comunitaria en la salud?

- Realizar investigación operacional en el Perú sobre la aplicación del nuevo enfoque relacional de la OMS y, luego, promover su implementación a nivel nacional, que permita al personal de salud realizar su trabajo con comunidades y otros interesados
- Expandir el conocimiento y práctica de la metodología SEED-SCALE³, que orienta nuevas formas de apoyar a las comunidades para su empoderamiento y desarrollo sostenible

¿Qué se puede hacer para fortalecer la cogestión del primer nivel de atención a través de los CLAS?

- Designar y especificar los roles y responsabilidades de los órganos de línea a nivel nacional y regional en cuanto a la promoción y la implementación de los enfoques y estrategias de salud basadas en la comunidad y su debido apoyo técnico-administrativo-contable a la cogestión
- Asignar y especificar la gobernanza y gestión del programa de cogestión en el nivel central y en los gobiernos regionales

³ Para más información, ver www.seed-scale.org

- Reinstalar y fortalecer la organización y financiamiento de los equipos técnicos de administración compartida (ETAC) en cada Diresa/DISA/Geresa para que brinden el apoyo y la supervisión técnica, administrativa y financiera a los órganos de co-gestión
- Promover en cada comunidad dispersa la organización de comités de evacuación de emergencias obstétricas y neonatales, con la habilitación de celulares para reportar emergencias al EE. SS. más cercano y con literas para llevar al paciente al encuentro de una ambulancia
- Promover la formulación de planes de trabajo comunal de corto plazo en cada comunidad con el desarrollo de sus capacidades y empoderamiento con base en éxitos iterativos sobre sus propias prioridades y necesidades, con apoyo moral y técnico del sector salud en estos procesos
- Promover una estrategia de *score cards* en la cual miembros de la comunidad evalúan aspectos de la atención de salud en forma periódica como retroalimentación sobre los tipos de atención brindada y la calidad de atención del servicio de salud

¿Qué se debe hacer para incorporar a los agentes comunitarios de salud en un programa nacional de salud comunitaria?

- Clarificar e implementar en forma extensiva una política pública que incorpore a los ACS como parte del sistema de salud para extender su llegada a las comunidades y los hogares
- Definir bien las funciones y tareas de los ACS en cada programa de salud, con un mínimo de tres roles: a) la educación sanitaria para lograr cambios de comportamiento en el hogar y comunidad, b) el monitoreo de las prácticas saludables e identificación oportuna de signos de alarma, c) la referencia oportuna de casos para prevención y recuperación; donde además en otros países se tiene éxito con el manejo comunitario de casos como la entrega de antiparasitarios y la

primera dosis de cotrimoxazol para casos de neumonía mientras se lleva al niño al servicio de salud, entre otros

- Establecer que los ACS sean seleccionados por la misma comunidad para maximizar el nivel de confianza entre ellos, pues las ACS que trabajan con mujeres en su comunidad deben ser seleccionadas por las mismas mujeres de su localidad
- Incorporar mecanismos para el desarrollo de las capacidades, motivación y empoderamiento mediante procesos de efectividad probada de capacitación, supervisión e incentivos de los ACS. De preferencia, estos procesos deben ser aplicados con rigurosidad para su monitoreo y evaluación
- Utilizar el método de capacitación de ACS probado, como manera de aplicar y fortalecer el enfoque relacional y confianza entre los proveedores y los ACS, así como entre los ACS y los miembros de la comunidad, de ellos se sugiere el método Compartiendo Historias (Altobelli, 2017; Altobelli et al., 2020)
- Utilizar un sistema de supervisión y apoyo a los ACS probado con supervisoras comunitarias que sean seleccionadas en concurso de la misma zona, que tengan experiencia previa como ACS y que reciban un estipendio del gobierno local
- Implementar incentivos monetarios que estén ligados a la validación del cumplimiento de las tareas, y que sean implementados en un contexto de un programa nacional de ACS establecido a nivel central con la capacidad de cogestionar y vigilar el programa en las regiones y distritos
- Restringir el gasto público que pueda impedir el financiamiento de actividades comunitarias que apoyan a los ACS, como el costo de transporte y refrigerios de su taller mensual de capacitación y la impresión de rotafolios y formatos de monitoreo comunitario; implementar el modelo de cogestión, como una adecuada manera de asegurar el financiamiento de los mínimos costos de la salud comunitaria; utilizar la fuente de fondos de la municipalidad cuando sea parte de un programa de incentivos municipales

Observaciones finales

En los momentos poscrisis es cuando la gente se encuentra más receptiva al cambio. Al fin de la época poshiperinflación y postterrorismo de la década de 1990, aparecieron nuevas formas de gestión pública. Estas incluyeron la introducción de la cogestión del primer nivel de atención en 1994 a raíz de lo que pidieron los pobladores para participar en la gestión de sus servicios de salud.

Ahora, en la pospandemia, es el mejor momento de avanzar con los cambios de paradigma necesarios —y hasta drásticos— para recuperar el impulso perdido por la pandemia y retomar el avance hacia los ODS. Principalmente, esto significa mejorar el liderazgo y la gobernanza de un sistema de salud no biomédico, sino con enfoque relacional. Se busca transformar lo siguiente: de una gestión sin rendición de cuentas a la población hacia una gestión con vigilancia ciudadana vinculante; de servicios de salud enfocados en tratar la enfermedad hacia servicios que se asocian con la comunidad para mejorar sus capacidades y su empoderamiento a fin de fortalecer sus comportamientos en salud para la prevención y búsqueda oportuna de servicios; y hacia un gobierno que se organice para reducir las inequidades con inversiones efectivas sobre los determinantes sociales de la salud en colaboración con la comunidad.

Referencias

- Altobelli, L. C. (2002). Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS. En J. Arroyo (Ed.), *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política* (pp. 303-354). Consorcio de Investigación Económica y Social. <https://cies.org.pe/publicaciones/la-salud-peruana-en-el-siglo-xxi-retos-y-propuestas-de-politica/>
- Altobelli, L. C., Sovero, A. y Díaz, R. (2005). *Estudio de costo-eficiencia de las asociaciones CLAS*. Futuras Generaciones Perú.
- Altobelli, L.C. (2017). Sharing Histories - a transformative learning method to empower Community Health Workers to support mothers' health behavior change. *Human Resources for Health*, 15(54), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0231-2>

- Altobelli, L. C., Cabrejos-Pita, J., Penny, M. y Becker, S. (2020). A Cluster-Randomized Trial to Test Sharing Histories as a Training Method for Community Health Workers in Peru. *Global Health: Science and Practice*, 8(4), 732-758. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00332>
- Altobelli, L. C. (2024). Good Management Practice Is Correlated with Good Performance of Community-Engaged Primary Health Care Facilities in Peru. *Glob Health Sci Pract.*, 12(4), 1-13. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00402>
- Brinkerhoff, D. W., Brinkerhoff, J. M. y McNulty, S. (2007). Decentralization and participatory local governance: a decision space analysis and application to Peru. En G. S. Cheema y D. A. Rondinelli (Eds.), *Decentralizing governance: emerging concepts and practices* (pp. 189-212). Brooking Institution Press.
- Campbell, C. y Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: towards a social psychology of participation. *Journal of Community y Applied Social Psychology*, 10(4), 255-270. [https://doi.org/10.1002/1099-1298\(200007/08\)10:4%3C255::AID-CASP582%3E3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1099-1298(200007/08)10:4%3C255::AID-CASP582%3E3.0.CO;2-M)
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44084>
- Cortez, R. (1998). *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Universidad del Pacífico.
- Decreto Supremo n.º 017-2008-SA. Aprueban e Reglamento de la Ley n.º 29124, que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones. (2008). Normas Legales N.º 377285. Diario Oficial *El Peruano*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/247834-017-2008-sa>
- Delgado Gallego, M. E., Vázquez Navarrete, M. L., Zapata Bermúdez, Y. y Hernán García, M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 697-707. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600009
- Dodd, R., Palagyi, A., Jan, S., Abdel-All, M., Nambiar, D., Madhira, P., Balane, C., Tian, M., Joshi, R., Abimbola, S. y Peiris, D. (2019). Organisation of primary health care systems in low- and

- middle-income countries: review of evidence on what works and why in the Asia-Pacific region. *BMJ Global Health*, 4(8), e001487. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001487>
- Future Generations University. (s.f.). *Enabling Social Change through Seed Scale Method*. <https://www.future.edu/research/social-change/>
- Kruk, M. E., Lewis, T. P., Arsenault, C., Bhutta, Z. A., Irimu, G., Jeong, J., Lassi, Z. S., Sawyer, S. M., Vaivada, T., Waiswa, P. y Yousafzai, A. K. (2022). Improving health and social systems for all children in LMICs: structural innovations to deliver high-quality services. *The Lancet*, 399(10337), 1830-1844. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02532-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02532-0)
- Labonté, R., Sanders, D., Packer, C. y Schaay, N. (Eds.). (2017). *Revitalizing health for all. Case studies of the struggle for comprehensive primary health care*. International Development Research Centre, University of Toronto Press.
- Lassi, Z. S. y Bhutta, Z. A. (2015). Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Artículo CD007754. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007754.pub3>
- Lassi, Z. S., Kedzior, S. G. E, y Bhutta, Z. A. (2019). Community-based maternal and newborn educational care packages for improving neonatal health and survival in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), Artículo CD007647. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007647.pub2>
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K. y Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet*, 372(9642), 917-927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61402-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61402-6)
- Ley n.º 29124, que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las regiones. (2007, 30 de octubre). Diario Oficial *El Peruano*, https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos//2006_2011/ADLP/Normas_Legales/29124-LEY.pdf
- Mahler, H. (2009). El sentido de «la salud para todos en el año 2000». *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 3-28. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400002
- Ministerio de Salud. (2014). *Documento técnico: Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del agente comunitario de salud*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3154.pdf>

- Ministerio de Salud. (2020). *Documento técnico: Modelo de cuidado integral de salud por curso vida para la persona, familia y comunidad* (MCI). <https://repositorio.minsa.gob.pe/handle/MINSA/81581>
- Rifkin, S. (1990). *Community participation in maternal and child health/family planning programs. An analysis based on case study materials*. World Health Organization.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Taylor, D. C., Taylor C. E. y Taylor, J. O. (2012). *Empowerment on an unstable planet. From seeds of human energy to a scale of global change*. Oxford University Press. ISBN 978-0-19-984296-4.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2008). La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva*, 4(1), 31-56. <https://doi.org/10.18294/sc.2008.315>
- Vicuña, M. et al. (1998). Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención MINSA. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, Salud para Todos y Administración Compartida. Serie de Informes Técnicos N° 2. Lima. http://bvs.minsa.gob.pe/local/PAAG/276_PAAG2.pdf
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
- World Health Organization. (2022). *Voz, agencia, empoderamiento - Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364214/9789240061088-spa.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2023). *Evaluation of the WHO community engagement research initiative*. <https://www.who.int/publications/m/item/evaluation-of-the-who-community-engagement-research-initiative>
- World Health Organization y United Nations Children's Fund. (2020). *Operational framework for primary health care: transforming vision into action*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- Zárate, P. (Ed.). (2005). *Participación ciudadana y democracia. Perspectivas críticas y análisis de experiencias locales*. Instituto de Estudios Peruanos.