

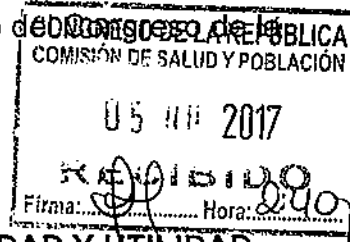


Proyecto de Ley N° 1609/2016-CR

LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL, NECESIDAD Y UTILIDAD PÚBLICA EL RECONOCIMIENTO A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD.



El Congresista de la República César Villanueva Arévalo, por intermedio del Grupo Parlamentario Alianza para el Progreso, ejerciendo el derecho que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y de conformidad con lo establecido en los artículos 75° y 76° del Reglamento de la República, propone el siguiente:



PROYECTO DE LEY

LEY QUE DECLARA DE INTERÉS NACIONAL, NECESIDAD Y UTILIDAD PÚBLICA EL RECONOCIMIENTO A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

FÓRMULA LEGAL

Artículo 1.- Objeto de la ley

Declárese de interés nacional, necesidad y utilidad pública, el reconocimiento a los agentes comunitarios de salud, fortaleciendo y consolidando su labor como uno de los actores fundamentales en la implementación de la estrategia de atención primaria de salud.

Artículo 2.- Rectoría y articulación

El Ministerio de Salud en su condición de ente rector coordina con las direcciones regionales y los gobiernos locales las medidas necesarias para garantizar que los agentes comunitarios de salud puedan cumplir con su rol de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Artículo 3.- Registro Nacional de Agentes Comunitarios de Salud

Crease el Registro Nacional de Agentes Comunitarios de Salud, cuya implementación y permanente actualización estará a cargo del Ministerio de Salud; asumiendo la responsabilidad de su proceso de inscripción y acreditación.

Artículo 4.- De la capacitación

El Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y gobiernos locales en el ámbito de su competencia brindaran capacitación permanente a los agentes comunitarios de salud, dirigidos al cumplimiento de las metas establecidas en los planes de salud según el nivel de gobierno.

Artículo 5.- Informe al Congreso

Al inicio de cada legislatura el Ministro de Salud informa a la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República sobre el cumplimiento de los planes anuales de inscripción, acreditación, capacitación y actualización del Registro Nacional de Agentes Comunitarios de Salud, así como, su aporte al cumplimiento de las políticas y planes nacionales de salud.

Artículo 6.- Del financiamiento

El financiamiento para la implementación de la presente ley, será asumido por las respectivas entidades con cargo a los recursos de sus pliegos presupuestales, sin que irroque gastos adicionales al tesoro público.

Lima, 21 de junio de 2017

CMU
GADIA
MONTENEGRO

[Signature]
César Villanueva Arevalo
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

[Signature]
MARISOL ESPINOZA CRUZ
Directiva Portavoz Titular
Grupo Parlamentario
Alianza Para el Progreso - APP

[Signature]

[Signature]
MARISOL ESPINOZA CRUZ

[Signature]
BERNARD RIOS

[Signature]
ELOY VARGAS

[Signature]
CONGRESISTA
VASQUEZ S.

[Signature]
Richard

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

ANTECEDENTES

El trabajo con agentes comunitarios de salud en el Perú

A nivel mundial, existen dificultades para disponer con personal de salud calificado y bien motivado, y esto a su vez, representa un obstáculo para el fortalecimiento de los sistemas de salud, lograr los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), mejorar las perspectivas de cobertura universal de salud y, en general, abordar la desigualdad y la pobreza. En ese sentido, una dimensión importante de esta respuesta, al desafío de fuerza de trabajo, puede ser dirigir la atención a la labor de los agentes comunitarios de salud. En ese sentido, es pertinente recordar que desde 1978, en la Declaración de Alma Ata¹, se resaltó el rol del promotor de salud como actor fundamental en la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, para articular las acciones de participación activa de la comunidad, y como aliado clave para conseguir el anhelo de Salud para Todos.

El Ministerio de Salud del Perú, en su documento de orientación para el fortalecimiento de la labor del agente comunitario de salud (ACS)², lo define como *"el líder elegido y/o reconocido por su comunidad, en ese sentido, realiza acciones voluntarias relacionadas con la promoción de la salud y prevención de enfermedades, en coordinación conjunta con el personal de salud e instituciones locales y regionales, ejerciendo la representatividad de su comunidad por medio del ejercicio de la participación ciudadana, cumpliendo de este modo su rol articulador entre comunidad y las autoridades"*

En el Perú, el trabajo de los agentes comunitarios de salud (ACS) se inicia alrededor de 1930 en Puno, donde el sector salud convocó a un grupo de campesinos de las zonas rurales, con los cuales desarrolló una serie de actividades de prevención y promoción de la salud. *"Dichos voluntarios adoptaron el nombre de "rikcharis" (los despertadores) y conformaron uno de los primeros grupos de promotores voluntarios, promoviendo acciones y cambios culturales para mejorar las condiciones sanitarias y desterrar el analfabetismo³.* Luego, con el paso de los años, la labor de los ACS formó parte de las estrategias y acciones relacionadas a participación comunitaria y promoción de la salud del Sector Salud, a nivel nacional.

Así, durante las décadas de los 70 y 80, el sector Salud dio un gran impulso a la participación comunitaria y a la labor de los agentes comunitarios de salud (ACS), contribuyendo así a la mejora de indicadores, sobre todo en zonas rurales

¹Organización Panamericana de la Salud. DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

²Resolución Ministerio 411-2014/MINSA. Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de Salud.

³Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Artículo de la página web. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/articulo_agentes.pdf

y urbano marginales, relacionados a mejora de cobertura de vacunación, control de enfermedades y acciones relacionadas a atención materno-infantil.

En la actualidad, el entorno social y económico en el que desarrolla su labor el ACS ha cambiado con el tiempo, por lo que, dado su carácter voluntario, el número de personas que aceptan desempeñarse como ACS ha disminuido. Esta situación se presenta también en otros países, donde diversos estudios⁴ que exploran en los factores que influyen o predisponen a que el ACS abandone su labor, clasifican estos factores de la siguiente manera:

- Desarrollo personal
- Identidad/reconocimiento
- Compensación material.

Por lo tanto, se puede afirmar que históricamente, la labor del ACS como pilar de la participación comunitaria, ha sido importante y su contribución a las determinantes de la salud es ampliamente reconocida, sin embargo, en la actualidad, el contexto socioeconómico, los nuevos retos sanitarios y de desarrollo humano, hacen necesario analizar el rol del ACS y debatir y plantear acciones que fortalezcan su trabajo, en términos de reconocimiento, acompañamiento, supervisión y desarrollo personal, de tal forma de que desplieguen plenamente su potencial.

Contribución de los Agentes Comunitarios de Salud en el Desarrollo Infantil Temprano

Si bien es cierto, en el Perú existe pocos estudios que relacionen la labor del ACS en la mejora del Desarrollo Infantil Temprano (DIT), éstos resaltan el vínculo natural de los ACS en el desarrollo de la salud familiar y comunitaria, sobre todo, en el medio rural, campesino e indígena⁵.

De otro lado, en el ámbito internacional, diversos estudios (Bernal, 2009)⁶, (Perry, 2009)⁷ resaltan el rol de la participación comunitaria en la mejora de condicionantes e indicadores relacionados al DIT. *Es así que, la labor de los ACS es ampliamente reconocida por su contribución con la salud materno-infantil. Es más, en ámbitos rurales, los ACS representan una intervención estratégica que podría disminuir el problema de los servicios de atención primaria de limitada cobertura y calidad (Bjorkman, 2007)⁸.*

⁴ Community and Formal Health System Support for Enhanced Community Health Worker Performance. USAID. 2012.

⁵ Medicus Mundi Perú. Primeros Avances de la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) en la Provincia de Churcampa, Huancavelica.

⁶ Bernal, R., C. Fernández, C. Flórez y A. Gaviria (2009). Evaluación de impacto del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar. Bogotá: Universidad de los Andes.

⁷ Perry, H., P. Freeman, S. Gupta, B. Rassekh (2009). How Effective is Community-Based Primary Care in Improving the Health of Children? Washington: Community Based Primary Health Care Working Group, American Public

⁸ Bjorkman, M. y J. Svensson (2007). Power to People: Evidence from a Randomized Field Experiment of a Community-Based Monitoring Project in Uganda

En ese sentido, las investigaciones indican que *una intervención que incluya a los ACS podría contribuir en la mejora de comportamientos saludables en la comunidad, a través de la motivación a las personas para buscar la atención de salud y mejorar las condiciones sanitarias en el hogar* (Singh Pa 2011)⁹. Por ejemplo, en América Latina el "Programa de Salud Familiar" (PSF) de Brasil, donde los ACS se encargan principalmente de actividades de promoción y prevención de salud, se ha evidenciado que este programa tiene un efecto significativo en la disminución de la mortalidad materno-infantil (Rocha, 2009)¹⁰.

Por lo tanto, se puede afirmar que existe suficiente evidencia que muestra la contribución de intervenciones, que empoderan la participación comunitaria en salud (como es el caso de la labor de los ACS), en indicadores de salud materno-infantil y en general, también se pueden relacionar con el logro de algunos de los Objetivos del Milenio (MDG, por sus siglas en inglés) (Bhutta, 2010)¹¹.

En nuestro país en la tesis: "Factores que limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el distrito de Masisea, provincia de Coronel Portillo, región Ucayali" encontramos que las investigadoras (Torreblanca Patricia y Rojo Miriam, PUCP 2015), indagan en identificar y analizar cuáles son los factores relacionados a la articulación entre funcionarios municipales y el personal desalud, que favorecen o limitan la implementación de este plan, y una de las cosas que señalan es que la falta de personal de salud, así como, de agentes comunitarios de salud debidamente capacitados restan posibilidades de éxito a la implementación del mencionado plan.

De este modo, se puede afirmar que la evidencia sugiere que los ACS representan una alternativa costo-efectiva para mejorar la cobertura de servicios de salud primaria y para mejorar los indicadores en esta materia.

Sobre los agentes comunitarios de salud en nuestro país

Respecto a la situación de los agentes comunitarios de salud de acuerdo a un estudio realizado este año por la organización Asociación RED INNOVA en dos provincias y un distrito (Iquitos, Andahuaylas y Ventanilla) correspondientes a tres regiones del país, tenemos la siguiente información:

Del total de ACS entrevistados, la mayoría son mujeres (78%) y el 22% son varones. En general, el 70% de los ACS tiene más de 40 años de edad, tienen algún grado de escolaridad (60% primaria, 30% secundaria y 10% grado técnico o superior). Todos los entrevistados son casados o convivientes y el 90% de ellos

⁹Singh Pa (2011). One Million Health Workers: Technical Task Force Report. Nueva York: Earth Institute, Columbia University.

¹⁰Rocha, R. y R. Soares (2009). "Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program". Bonn. Discussion Paper Series IZA DP número 4119.

¹¹Bhutta, Z., Z. Lassi, G. Pariyo y L. Huicho (2010). Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. WHO & Global Health Workforce Alliance.

tiene entre 1 y 3 hijos. Solo 10% tiene ingresos económicos superiores a la remuneración mínima vital (RMV de S/. 850). Es en Lima (Ventanilla) donde se registran que los ACS tienen mayor grado de escolaridad y mejor ingreso económico.

El 94% de los ACS entrevistados reside más de 10 años en su comunidad (incluso el 70% es residente más de 20 años). En lo que respecta al tiempo que llevan como ACS, las ciudades de las regiones de Andahuaylas y Loreto registran mayor número de ACS (80% del total) con más de 3 años de voluntariado, comparado con Lima.

Según la clasificación que hace el Ministerio de Salud¹² los ACS entrevistados se desenvuelven principalmente como educadores sanitarios, así, el 94% de ellos se dedica a actividades de promoción de comportamientos saludables en la población, según etapas de vida y otras de naturaleza preventiva, también apoya en las campañas preventivas de salud que se organizan en la comunidad, así como el funcionamiento de los centros de vigilancia comunitaria y la vigilancia epidemiológica y nutricional de la comunidad.

Solo 2 ACS (6% del total de entrevistados) manifiestan tener el nivel intermedio (Supervisor-Capacitador), es decir, supervisan, capacitan y acompañan a otros ACS. En la muestra estudiada no se registró ningún ACS de nivel avanzado (Gestor Comunal) el cual actúa como promotor de desarrollo comunal para lo cual realiza incidencia política y negociación social con autoridades locales, provinciales y regionales, así como, con funcionarios de programas sociales y representantes de la sociedad civil.

En lo que concierne a las facilidades que reciben para realizar su labor, también se observan diferencias por regiones, así, en Andahuaylas la totalidad de ACS son elegidos en Asamblea Comunal, lo que les da un importante respaldo comunitario, mientras que en Iquitos esto se realiza solo en un 35% y finalmente, en Lima ningún ACS ha sido elegido directamente por la comunidad sino que ha sido seleccionado o promovido por otra institución (proyectos, iglesia, por ejemplo).

En lo referente a capacitación, el 100% de ACS entrevistados ha recibido capacitación inicial cuando iniciaron su voluntariado, sin embargo, manifiestan no haber recibido capacitación continua, por lo menos en los últimos 4 meses. Lo mismo sucede con las pasantías o intercambios de experiencia, donde la totalidad de entrevistados expresa no haber participado en ningún evento de ese tipo en los últimos 3 años.

También se puede observar que los ACS entrevistados requieren de acompañamiento y supervisión, ya que en total, aún el 45% de ellos no lo ha recibido. Esto es especialmente crítico en Andahuaylas donde la totalidad de ACS no ha recibido visitas de acompañamiento o supervisión. En lo que se

¹²Resolución Ministerio 411-2014/MINSA. Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de Salud.

refiere al procedimiento de calificación y recalificación establecido en las directivas del Ministerio de Salud, ningún ACS ha pasado por este proceso.

Finalmente, en lo referido al tipo de incentivos que manifiestan recibir los ACS el 100% en las tres regiones estudiadas reciben reconocimiento formal a través de algún documento que acredite su capacitación o reconozca su labor. Ninguno de ellos recibe algún tipo de reconocimiento funcional (atención prioritaria en los establecimientos de salud, o reconocimiento de tiempo como ACS para canje de faenas comunales). El 60% ha recibido en algún momento un equipamiento mínimo para su labor (indumentaria, material de escritorio, mochila o bolso, entre otros), esto sobre todo en las regiones de Loreto y Lima.

En cuanto a los incentivos monetarios, en general el 60% de los ACS entrevistados lo reciben. En el caso de Loreto reciben entre S/. 300 y 500 de sus respectivas municipalidades, en el caso de Andahuaylas los que reciben el estipendio también es de parte de la municipalidad y en el caso de Lima, los estipendios que reciben no son propiamente por su labor como ACS, sino por su labor como Promotoras Educativas (programa del Ministerio de Educación al cual accedieron los ACS como estímulo por su labor voluntaria), por lo que, combinan ambas labores.

Es interesante observar que, en la medida que reciben incentivo monetario, los ACS dedican mayor tiempo (4 a 5 horas diarias) en comparación con aquellos que no lo reciben (2 a 3 horas por día). Esto probablemente se deba a que las instituciones (municipalidades, proyectos) que proveen estos incentivos, proporcionan también un marco operativo (capacitación, seguimiento y organización de las actividades) más cercano a los ACS.

Percepciones de los agentes comunitarios de salud (ACS) sobre su contribución en las determinantes del Desarrollo Infantil Temprano

Los 31 ACS entrevistados mencionaron la importancia de su labor en favor de las niñas, niños y familias de su comunidad. En ese sentido, consideran su labor personal y voluntaria como una expresión de su realización personal y un aporte a su comunidad.

El ACS se percibe a sí mismo como actor importante y clave en las actividades de atención primaria de salud en su comunidad, es consciente de su rol articulador entre la comunidad y las instituciones (sector salud, municipio, principalmente), y se reconoce como aliado clave para la promoción de la salud en su comunidad. Así, el rol que desempeñan los ACS pasa por ser un educador en la promoción de comportamientos y entornos saludables, un agente de cambio para informar y comunicar a la población, un articulador local, movilizador social en la concertación y negociación a favor de la salud y un líder comunal en la participación de la planificación concertada.

Para desarrollar sus actividades de forma eficaz, el ACS, primero necesita partir del respaldo de la comunidad donde va actuar y esto lo logra principalmente a través del vínculo y relación de confianza que entabla con las familias.

Por lo tanto, se puede afirmar que los ACS se reconocen a sí mismos como actores clave en la promoción de la salud en su comunidad, son conscientes de la importancia de sus acciones a través de los distintos roles en los que desempeñan (facilitador, articulador, movilizador) y realizan su labor voluntaria por motivaciones de realización personal y aporte al bienestar de su comunidad.

Motivaciones y desmotivaciones de los agentes comunitarios de salud en el desarrollo de sus labores

Una de las razones principales que mencionan los entrevistados para ser ACS no es la económica, sino que está relacionada con adquirir conocimientos para ayudar y ofrecer apoyo e información en su propio hogar y a sus vecinos.

En su trabajo cotidiano el ACS se encuentra con numerosas situaciones que los motivan o desmotivan en el desarrollo de sus actividades. De este modo las expectativas de reconocimiento y de valorización son observadas como factores que interfieren fuertemente en su trabajo. Por ser un actor que se desenvuelve en el nivel de atención primaria de salud, muchos de los ACS conviven con una frustración de sus limitaciones para enfrentar y resolver los problemas de salud que su comunidad enfrenta, por ello, cuando existe poco compromiso con sus acciones por parte de la comunidad (autoridades, familias) les causa desmotivación.

También se puede identificar en sus testimonios la tensión que les causa no poder resolver algunas situaciones por falta de conocimiento, herramientas y recursos a las familias que atienden.

De acuerdo a su percepción en algunos casos los ACS se sienten poco valorados por los equipos técnicos de los establecimientos de salud.

Finalmente, los ACS plantean la necesidad de contar con recursos que faciliten su desplazamiento y que cubra sus gastos de alimentación. En ese sentido, algunos de ellos, se sienten desplazados por no acceder a incentivos monetarios que otorgan algunos gobiernos locales.

Aunque estas conclusiones reflejan lo recogida en la muestra antes mencionada, con matices lo descrito puede extenderse a otras regiones del país que presentan diagnósticos y demandas similares, es el caso de la región San Martín que de acuerdo al MINSA registra aproximadamente 1740 ACS, de los cuales 53% son varones y 47% mujeres, este grupo mayoritariamente cuenta con nivel de instrucción primaria completa y sólo un 3% ha logrado nivel técnico, se ubican fundamentalmente en el nivel de atención primaria (57%). A pesar de sus múltiples carencias estos voluntarios se constituyen en actores claves para enfrentar los graves problemas de salud de esta región que de acuerdo a la última encuesta ENDES 2016, tiene 48 de 77 distritos con prevalencia mayor al promedio nacional de desnutrición crónica infantil y 30 distritos de 77 con prevalencia mayor al promedio nacional de anemia, los desafíos son enormes.

MARCO LEGAL

- Constitución Política del Perú, señala en el artículo 7° que: *todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.*
- Ley 28238, Ley General del Voluntariado y Decreto Legislativo 1294 que modifica esta Ley, señala como objetivo: *reconocer, facilitar y promover la acción de las personas peruanas y extranjeras en servicios voluntarios.*
- Ley 26842, Ley General de Salud, señala en el numeral I y II del Título Preliminar, que: *la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.*
- Resolución Ministerial 336-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico de Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú, que tiene como finalidad de contribuir a la salud pública del país, mediante el fortalecimiento de la Promoción de la Salud como función esencial de la salud pública.
- Resolución Ministerial 411-2014-MINSA, Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del Agente Comunitario de Salud, define el rol del ACS, las particularidades de su elección, seguido de las condiciones básicas para la capacitación en sus diversos roles y el desarrollo de procesos de calificación y recalificación del mismo, y también, se establecen los mecanismos de incentivos para alcanzar la sostenibilidad de la labor del ACS.
- Resolución Ministerial 217-99-SA/DM, que Instituye el 04 de junio de cada año como el Día del Agente Comunitario de Salud.
- Resolución Ministerial 539-95-SA, de Reconocimiento a la labor abnegada del promotor de salud o Agente Comunitario de Salud.

Marco operativo que sustenta el trabajo voluntario de los ACS

Según el Ministerio de Salud¹³, el voluntariado en salud tiene el objetivo de fomentar, promover y facilitar la participación activa y voluntaria de la población en este voluntariado, acorde con la política nacional que declara de interés nacional el voluntariado. En ese sentido, existen tres tipos de voluntariado: el individual, el comunitario y el organizacional. En lo que respecta al voluntariado comunitario, éste corresponde a la actividad que realiza el ACS.

¹³ Manual de Capacitación para el Voluntariado en Salud. MINSA. 2011

Así, en el Perú, según reportan los equipos regionales de salud (DISA/DIRESA), hay más de 35 mil ACS voluntarios (tabla 1). Sin embargo, cuando se considera el número de ACS, en funciones y con información personal ingresada en la plataforma virtual del registro de ACS del MINSA, el total de ACS llega a la mitad de lo reportado por las DISA y DIRESA, lo que significaría que aún está en proceso el registro nacional de ACS. Adicionalmente, según el MINSA, las mujeres son las más activas en este voluntariado, representando el 64 % del total de ACS.

Tabla 1
Numero de ACS reportados y registrado en aplicativo virtual del Ministerio de Salud

Departamentos	Reportados por DIRESA/DISA	Registrados en plataforma virtual (2016-2017)
Amazonas	1290	745
Ancash	2021	619
Apurímac	1374	746
Arequipa	1501	963
Ayacucho	2454	2059
Cajamarca	5047	2131
Callao	360	356
Cusco	2230	108
Huancavelica	2189	713
Huánuco	1837	1353
Ica	550	540
Junín	1069	0
La Libertad	1966	1965
Lambayeque	601	0
Lima	358	358
Lima Este	633	10
Lima Sur	1317	348
Loreto	1945	524
Madre de Dios	273	273
Moquegua	73	0

Pasco	609	443
San Martín	792	1165
Tacna	1147	0
Tumbes	1814	498
Ucayali	716	90
Total	35200	16779

Fuente: Equipo Regional y Redes de Salud en plataforma virtual de DGPROM.

Situación de las líneas de acción destinadas a fortalecer el trabajo voluntario de los ACS en el Perú.

Teniendo en cuenta que, es el sector salud el que lidera, norma y organiza los procesos relacionados a la promoción de la salud, incluidas las acciones relacionadas al fortalecimiento de la labor del ACS, y considerando que este sector es el que elabora los lineamientos para su labor, se ha organizado el análisis según las respectivas líneas de acción planteadas en el Documento Técnico: Orientaciones para el Fortalecimiento de la labor del ACS (MINSA, 2014).

A continuación, en la tabla 2, en función de la opinión expresada en la muestra de ACS y los equipos regionales de salud entrevistados en Iquitos, Andahuaylas y Ventanilla, y algunos expertos nacionales (ver anexos), se plantea un análisis del estado de implementación de las líneas de acción planteadas por el MINSA para el fortalecimiento de la labor del ACS.

Tabla 2
Análisis del estado de implementación de las líneas de acción con el ACS en Iquitos, Andahuaylas y Ventanilla

Líneas de acción (planteadas por MINSA)	Estado actual
Línea de acción 1: Incorporación como ACS	<ul style="list-style-type: none"> - Aún está en proceso el registro nacional de ACS. Por lo tanto, no es posible disponer de una base de datos actualizada de ACS en funciones. - Es cada vez más creciente la participación de ONG y del propio Gobierno Local en la selección de ACS.

<p>Línea de acción 2: Capacitación del ACS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si bien es cierto los ACS han recibido algún tipo de capacitación inicial, ésta no ha sido permanente o sostenida en un marco de capacitación continua. - Los contenidos no siempre responden a los nuevos y distintos escenarios demográficos y epidemiológicos de las comunidades. - El ACS básicamente recibe capacitación para el desempeño en su rol educativo, haciendo falta contenidos que desarrolle su rol de capacitador-supervisor y de gestor comunal que le permita desenvolverse en el escenario local y regional. - La capacitación del ACS ha estado siendo realizada por diferentes instituciones de la Sociedad Civil (iglesias, ONG, Agencias de Cooperación y el propio sector salud) aplicando temáticas y metodologías diferentes, por lo que se hace necesario sistematizarla y estandarizarla. - Es necesario que las DIRESA/DISA sensibilicen en el personal de salud la importancia del ACS, así mismo, desarrollen capacitaciones en el personal para la mejora del clima institucional y del trabajo articulado.
<p>Línea de acción 3: Programación y supervisión de actividades del ACS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Es muy limitado el acompañamiento y supervisión a las actividades del ACS por parte del sector salud. - El apoyo por parte de los gobiernos locales y regionales para esta línea de acción, también es muy limitado.
<p>Línea de acción 4: Calificación y recalificación del ACS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aun no se ha implementado un programa de calificación y recalificación para garantizar la calidad del desempeño de los ACS. Por lo tanto, no existe un registro de los ACS calificados y recalificados. - Según informa el Equipo Técnico de la Dirección de Promoción de la Salud recientemente se ha gestionado una norma para un sistema de evaluación de competencias para el ACS¹⁴
<p>Línea de acción 5: Incentivos y condiciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Donde existe, el principal mecanismo de incentivo a los ACS es el reconocimiento formal (principalmente, constancias de capacitación,

¹⁴Acuerdo N° 042-2017-CDAH de sesión de fecha 16 de febrero 2017, mediante el cual el Consejo Directivo Ad Hoc aprobó el documento técnico denominado: Normas de Competencias del "Agente Comunitario de Salud"

	<p>reconocimiento y mención en ceremonias públicas y cartas de felicitación).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casi no se otorgan incentivos funcionales a los ACS, como por ejemplo, involucrarlos en la planificación y evaluación de actividades con la comunidad o darles atención prioritaria cuando lo soliciten en los establecimientos de salud. - Los ACS requieren de un equipamiento mínimo, tal como indumentaria (mandiles, canguros, chalecos, casacas u otros), útiles (por ejemplo, mochila, maletín, agenda, útiles de escritorio) y otros equipos e insumos. No obstante, éstos son provistos muy limitada y esporádicamente. - En muchos casos, para realizar su labor, los propios ACS tienen que solventar con sus propios recursos la compra de sus materiales e incluso los gastos de su desplazamiento o su alimentación. - El gobierno local empoderado en gestión por la primera infancia, reconoce y valora el rol de los ACS y en algunos casos dota de equipamiento y reconocimiento de gastos. Incluso algunos (gobiernos locales visitados en Iquitos) han implementado el pago de un estipendio mensual a los ACS. - Sin contar con muchas evidencias sobre el efecto de la labor del ACS, es complicado obtener recursos para sostener y potenciar su labor, por lo tanto, la generación de evidencias (investigaciones sobre la efectividad de la intervención con ACS sobre la salud comunitaria) es fundamental
--	--

De lo expuesto, se puede afirmar que si bien es cierto, existe un marco normativo y operativo para que los ACS desarrollen su labor, la falta de políticas y acciones sostenidas, y probablemente limitaciones presupuestales, determinan que los ACS no tengan acceso a capacitación, acompañamiento y supervisión de manera permanente, así mismo, existen limitaciones para que dispongan de las herramientas necesarias para realizar sus funciones.

Rol de ACS y oportunidades de mejora

Como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004)¹⁵ los agentes de salud comunitarios no deben ser vistos simplemente como cooperantes locales capaces de desempeñar temporalmente tareas para las que

¹⁵Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. "Cambiemos el rumbo de la historia". 2004

el sistema convencional de prestación de atención de salud carece de recursos. En ese sentido, no se les debe considerar como una solución accesible y barata para las carencias de recursos humanos en el sistema de salud (sobre todo en zonas rurales o de difícil acceso). En ese sentido, las intervenciones que incluyan a ACS pueden y deben ser considerados parte fundamental de una estrategia más amplia destinada a potenciar y fortalecer la participación comunitaria en salud, de tal forma que la comunidad logre un mayor control sobre su propia salud y mejore la salud de sus miembros.

Las siguientes propuestas podrían ser implementadas y/o potenciadas para fortalecer la labor del ACS:

- a. **Capacitación, acompañamiento y supervisión permanente:** según se desprende de algunas experiencias internacionales (Uys, 2002)¹⁶, cuando existe capacitación, acompañamiento y supervisión, por ejemplo, los programas de tratamiento contra el VIH/SIDA (basados ampliamente en la participación de ACS) son capaces de mantener la calidad de estos programas. Así mismo, los expertos proponen que existan mayores espacios para estrechar los vínculos entre el personal de salud y los ACS, en ese sentido, es clave contar con un documento consensuado de la metodología y contenidos de capacitación de los ACS, así como, generar las condiciones y recursos para su implementación. Por otro lado, es clave fomentar (desde la formación del pre-grado) la disposición de los profesionales de la salud a trabajar con las comunidades.
- b. **Incentivos no monetarios:** un incentivo fundamental para los ACS, es el reconocimiento local, es decir, por su propia comunidad, de la labor que realizan, en ese sentido, tal como lo señala la OMS¹⁷, el respaldo de las organizaciones y los líderes comunitarios, así como el agradecimiento de los miembros de la comunidad, son incentivos fundamentales para ellos. Por otro lado, el reconocimiento al tiempo que brindan y las facilidades a su labor, que le brinden el sector salud en su comunidad, el Gobierno Local y las diversas organizaciones comunales, son también muy importantes.
- c. **Incentivos monetarios:** se puede afirmar que un incentivo monetario es necesario para mantener el nivel requerido de compromiso a largo plazo, siempre que los ACS dediquen a esta labor una cantidad de tiempo comparable a la invertida por trabajadores de salud con la pertinente formación profesional. Como lo afirma la OMS en el Informe de la Salud en el Mundo (2004)¹⁸, ningún programa de ACS, con independencia de que

¹⁶Uys LR. The practice of community caregivers in a home-based HIV/AIDS project in South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11:99-108.

¹⁷*Strengthening the performance of community health workers: interregional meeting of principal investigators, 12-16 November 1990.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (SHS/DHS/91.1).

¹⁸Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. "Cambiemos el rumbo de la historia". 2004

funcione con voluntarios o con trabajadores remunerados, está libre de costos; todos ellos precisarán un presupuesto para ser eficaces y sostenibles.

Así, en el mismo documento citado en el párrafo anterior, la OMS señala que cuando los voluntarios reciben una compensación monetaria, se constatan efectos tanto positivos (retención de los trabajadores) como negativos (las comunidades los ven como funcionarios públicos), por lo tanto, en el Perú, en función de la realidad y contexto socioeconómico actual, se hace necesario plantear el debate de la pertinencia o no de que los ACS reciban un incentivo monetario. Éste sin embargo es un tema polémico cuya solución no se aborda directamente en este proyecto de ley.

Recomendaciones para fortalecer el trabajo de los agentes comunitarios en salud, tenemos:

- Todos los expertos coinciden en señalar que es necesario integrar mejor a los ACS, en términos de capacitación, supervisión, apoyo y desarrollo personal, en el sistema nacional sanitario para aprovechar plenamente su potencial.
- Como lo señala la OMS (2013)¹⁹ para el fortalecimiento de la labor del ACS, se requiere un fuerte liderazgo por parte del sector salud, de tal forma que se facilite la alineación con los marcos de las políticas nacionales, la coordinación intrasectorial e intersectorial y el compromiso presupuestal, de tal forma que den como resultado acciones conjuntas y sostenidas en el tiempo.
- En el contexto actual, es necesario redefinir las funciones de los promotores y clarificar el propósito de su trabajo, así mismo, es necesario estandarizar el programa de capacitación de los ACS e invertir en el desarrollo de competencias.
- Se requiere asegurar (a través de mecanismos legales y presupuestales) que los ACS, según la realidad de la zona donde desarrollan su voluntariado, reciban un reconocimiento de gastos para su desplazamiento y gastos de alimentación.
- Con funciones definidas, mejores condiciones para desarrollar su labor y el respaldo como miembros valiosos del equipo sanitario, los promotores podrán ayudar a mejorar la salud de la comunidad de manera más efectiva.

Por estas consideraciones, existen razones más que suficientes para que se Declare de interés nacional, necesidad y utilidad pública, el reconocimiento a los agentes comunitarios de salud, fortaleciendo y consolidando su labor como actores fundamentales en la implementación de la estrategia de atención primaria de salud.

¹⁹Tulenko et al. Los trabajadores comunitarios de salud en la cobertura universal de la salud: de la fragmentación a la sinergia. Boletín de la OMS. Volumen 91, Numero 11, noviembre 2013, 797-896.

EFFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente Ley no genera afectación expresa sobre la legislación vigente, todo lo contrario su aprobación contribuirá a fortalecer la política pública en salud en beneficio de los más necesitados del país, por lo que, su aprobación resulta jurídicamente viable.

ANÁLISIS COSTO BENEFICIO

Esta propuesta no implica gasto adicional al presupuesto establecido, el carácter declarativo implica la prioridad en su tratamiento por la relevancia de su necesidad social, la atención de la salud pública demanda decisiones urgentes, en ese sentido, esta propuesta espera contribuir con un aspecto importante como es el caso de los agentes comunitarios de salud. Contribuirá a su vez a cerrar las brechas de la desigualdad en la atención de la salud a la población, sobre todo en los distritos y provincias más alejadas del Perú.

RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa legislativa tiene relación con la Décima Tercera Política de Estado: Salud y seguridad social.