

Revista Internacional de Ciencias Sociales

ISSN 2955-8921 e-ISSN 2955-8778

Vol. 5, No. 2, Mayo – Agosto, 2026

Recibido: 01/05/26; Revisado: 12/07/26; Aceptado: 10/08/26; Publicado: 30/08/26

DOI: <https://doi.org/10.57188/RICSO.2026.1096>

La historia invisible del cuidado: De las brigadas Rijchary a las actoras sociales de salud en El Porvenir

Marcela Rodríguez Argomedo* 

Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú

Martha Zarái Chuquimango Rodríguez 

Instituto de Promoción y Desarrollo Regional del Norte, Trujillo, Perú

Mario Chuquimango Viches 

Instituto de Promoción y Desarrollo Regional del Norte, Trujillo, Perú

Resumen

El objetivo fue reconstruir la genealogía histórica de la acción comunitaria en salud en el norte del Perú –desde las brigadas de Rijchary hasta la actual figura de la actora social– e interpretar su significado para la gestión territorial de la salud en El Porvenir, La Libertad. Investigación de revisión narrativa y documental que integra literatura y guías internacionales (2024-2026), normativa peruana (2018-2025) y evidencia territorial propia, recogida mediante un estudio piloto con 30 agentes comunitarias de salud de El Porvenir con el instrumento HPLP-II adaptado. Se identifican tres momentos históricos superpuestos –promotora voluntaria vinculada a organizaciones no gubernamentales (desde los años ochenta), agente comunitaria de salud reconocida por ley (desde 1999-2018) y actora social vinculada a incentivos municipales (desde 2024)– que comparten una misma función territorial: llegar donde el servicio no llega. En El Porvenir, esta función convive con una motivación intrínseca alta y con déficits medibles de autocuidado físico y de responsabilidad de salud. El contraste con los estándares 2025-2026 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la integración de trabajadores comunitarios de salud muestra que el reconocimiento peruano permanece, en gran medida, discursivo. Se concluye errar la brecha entre la historia visible y la invisible del cuidado comunitario exige transitar de un paradigma de recurso auxiliar a uno de sujeto estratégico, con reconocimiento formal, retribución no supeditada únicamente al cumplimiento de metas, protección del bienestar y participación de las actoras en el diseño de la política pública.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud; Voluntarios; Enfermería en Salud Comunitaria; Historia de la Enfermería; Perú.

*Correspondencia: mrodriguez@unitru.edu.pe

Este artículo es de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY)

The Invisible History of Care: From the Rijchary Brigades to Social Health Actors in El Porvenir

Abstract

The objective was to reconstruct the historical genealogy of community-based health action in northern Peru—from the Rijchary brigades to the current role of the social actor—and to interpret its significance for territorial health management in El Porvenir, La Libertad. This narrative and documentary review study integrates international literature and guidelines (2024–2026), Peruvian regulations (2018–2025), and local evidence gathered through a pilot study involving 30 community health workers in El Porvenir using the adapted HPLP-II instrument. Three overlapping historical phases are identified—volunteer health promoter linked to nongovernmental organizations (since the 1980s), community health worker recognized by law (from 1999 to 2018), and social actor linked to municipal incentives (since 2024)—which share the same territorial function: reaching places where services do not extend. In El Porvenir, this role coexists with high intrinsic motivation and measurable deficits in physical self-care and health responsibility. The contrast with the World Health Organization's (WHO) 2025–2026 standards for the integration of community health workers shows that Peruvian recognition remains, to a large extent, merely rhetorical. It is concluded that bridging the gap between the visible and invisible histories of community care requires a shift from a paradigm of auxiliary resources to one of strategic agents, with formal recognition, compensation not contingent solely on meeting targets, protection of well-being, and the participation of these actors in the design of public policy.

Keywords: Community Health Workers; Volunteers; Community Health Nursing; History of Nursing; Peru.

A história invisível do cuidado: Das brigadas Rijchary às agentes sociais de saúde em El Porvenir

Resumo

O objetivo foi reconstruir a genealogia histórica da ação comunitária na área da saúde no norte do Peru — desde as brigadas de Rijchary até a figura atual da atora social — e interpretar seu significado para a gestão territorial da saúde em El Porvenir, La Libertad. Pesquisa de revisão narrativa e documental que integra literatura e diretrizes internacionais (2024–2026), legislação peruana (2018–2025) e evidências territoriais próprias, coletadas por meio de um estudo piloto com 30 agentes comunitárias de saúde de El Porvenir, utilizando o instrumento HPLP-II adaptado. Identificam-se três momentos históricos sobrepostos — promotora voluntária vinculada a organizações não governamentais (desde a década de 1980), agente comunitária de saúde reconhecida por lei (de 1999 a 2018) e atora social vinculada a incentivos municipais (a

partir de 2024) — que compartilham uma mesma função territorial: chegar onde o serviço não chega. Em El Porvenir, essa função coexiste com uma alta motivação intrínseca e com déficits mensuráveis de autocuidado físico e de responsabilidade pela saúde. O contraste com os padrões de 2025-2026 da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a integração de profissionais comunitários de saúde mostra que o reconhecimento peruano permanece, em grande medida, discursivo. Conclui-se que, para preencher a lacuna entre a história visível e a invisível do cuidado comunitário, é necessário passar de um paradigma de recurso auxiliar para um de sujeito estratégico, com reconhecimento formal, remuneração não subordinada exclusivamente ao cumprimento de metas, proteção do bem-estar e participação das atoras na elaboração das políticas públicas.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Voluntários; Enfermagem em Saúde Comunitária; História da Enfermagem; Peru.

1. Introducción

La historia oficial de la salud se narra desde bases documentadas como la creación de hospitales, las reformas sanitarias y las figuras profesionales que alcanzaron reconocimiento público. En la enfermería comunitaria, esa historia visible tiene nombres, como el de Lillian Wald y el de Henry Street Settlement, que combinó visita domiciliaria, educación sanitaria y acción sobre las condiciones sociales de vida y consolidó la figura de la enfermera de salud pública (Wald, 1991). Junto a esa narrativa, se tiene otra, profundamente feminizada: la de quienes cuidaron antes, fuera y después de la institución, se trata de vecinas, madres, promotoras, voluntarias y, en tiempos recientes, agentes comunitarias y actoras sociales de salud.

La guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para integrar a los trabajadores comunitarios de salud (community health workers, CHW) reconoce que este grupo ocupacional suele operar en los márgenes de los sistemas de salud sin el reconocimiento, el apoyo ni la retribución que su papel merece, y atribuye el fenómeno al desequilibrio de poder ocupacional, a la naturaleza voluntaria y poco estructurada de la prestación y al carácter fuertemente generizado de los programas comunitarios (World Health Organization, 2026). En la misma línea, Women in Global Health (2026) sostiene que las mujeres son mayoría entre los CHW del mundo, que la mayoría no ocupa empleos formales y que profesionalizarlas es una cuestión de justicia económica y de género. Una revisión sobre CHW del sur de Asia y del África subsahariana confirma que la violencia de género, el acoso y los retrasos en los pagos figuran entre sus principales estresores (Karuga, 2025).

En el Perú, esa genealogía tiene un antecedente que suele citarse como uno de los primeros de América Latina: las brigadas de rijchary («despierta», en quechua) organizadas por el médico Manuel Núñez Butrón en Juliaca, Puno, en la década de 1930 (Salinas, 2014). Ese antecedente, sin embargo, rara vez se conecta con la trayectoria contemporánea de las agentes comunitarias de salud (ACS) y, más

recientemente, de las actoras sociales de los programas municipales. El presente artículo busca tender ese puente: reconstruir la genealogía que va de las brigadas de rijchary a las actoras sociales de salud, y situarla en el territorio de El Porvenir, distrito de Trujillo, La Libertad, donde el equipo autoral despliega una Trayectoria Investigativa Secuencial (TIS).

El objetivo del artículo es, por tanto, doble: por un lado, ofrecer a la enfermería comunitaria una lectura histórica que amplíe lo que se acepta como fuente sobre el trabajo comunitario en salud; y por otro, contrastar esa historia con la evidencia territorial propia de El Porvenir para valorar si el reconocimiento estatal alcanzado en casi un siglo se ha traducido en condiciones reales de sostenibilidad para quienes lo ejercen.

2. Metodología

Se trata de un artículo de revisión narrativa y documental. La búsqueda y selección de fuentes combinó tres corpus: (a) guías y publicaciones de la OMS sobre trabajadores comunitarios de salud publicadas entre 2025 y 2026; (b) normativa peruana relativa a los agentes comunitarios de salud y al Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal, vigente entre 2018 y 2025; y (c) evidencia territorial propia generada en el marco de la TIS sobre saberes situados de la anemia infantil, que incluye un estudio piloto con 30 agentes comunitarias de salud de El Porvenir mediante una versión adaptada de 43 ítems del Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II), así como notas de observación fenomenológica de campo. Salvo las fuentes históricas o normativas clásicas empleadas para documentar antecedentes anteriores a 2024, la evidencia contemporánea es sobre publicaciones de 2024 a 2026, verificadas con enlace o identificador digital de objeto (DOI). El análisis es de tipo documental-descriptivo e interpretativo: sobre la base de una triangulación narrativa entre la literatura internacional, la norma peruana y los datos territoriales propios.

3. Resultados

La historia visible y la historia invisible del cuidado comunitario

La distinción entre historia visible e invisible no equivale a la distinción entre lo profesional y lo doméstico. Equivale, más bien, a la distinción entre lo que un sistema decide contar como fuerza de trabajo sanitaria y lo que deja fuera de esa contabilidad. La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones no incluye a los CHW (código 3253) dentro del grupo de «profesionales de la salud», razón por la cual la guía de integración de la OMS emplea deliberadamente el término «integración» y no «profesionalización» (World Health Organization, 2025). La propia taxonomía laboral internacional es, en ese sentido, un dispositivo de visibilidad que decide quién cuenta como fuerza de trabajo sanitaria y quién queda como auxiliar de la comunidad.

Esa invisibilidad no es una deficiencia comunicativa, sino el efecto acumulado de considerar “natural” un trabajo de cuidado realizado mayoritariamente por

mujeres y, por lo mismo, prescindible de contabilidad, contrato o protección (World Health Organization, 2025; Women in Global Health, 2024). Escribir la historia invisible del cuidado comunitario obliga, en consecuencia, a ampliar lo que se acepta como fuente: actas de organizaciones de base, resoluciones municipales, registros de capacitación y memoria de las propias mujeres, junto a las series estadísticas oficiales.

De las brigadas rijchary a la ley del agente comunitario: una genealogía peruana

El antecedente sanitario más citado del trabajo comunitario en salud en el Perú son las brigadas de rijchary que Manuel Núñez Butrón organizó en Juliaca, Puno, en la década de 1930: pobladores locales formados para promover la salud en comunidades andinas (Salinas, 2014). Desde entonces, la figura del agente comunitario atravesó la Declaración de Alma-Ata de 1978, la fijación del 4 de junio como Día del Agente Comunitario de Salud y, en 2018, la Ley N.º 30825, que reconoce a las agentes comunitarias como «actores fundamentales» de la atención primaria (Congreso de la República del Perú, 2018). En junio de 2026, el propio sector salud describía a más de 35 mil personas que, de forma enteramente voluntaria, cuidan a sus vecinos y constituyen el nexo entre las familias y los establecimientos del Estado (Instituto Nacional de Salud Mental, 2026).

Aquí aparece una paradoja que atraviesa toda la genealogía: la visibilidad estadística no equivale a reconocimiento de derechos. La Ley N.º 30825 crea el Registro Nacional de Agentes Comunitarios de Salud, pero establece que la inscripción es declarativa y no constitutiva de derechos (Congreso de la República del Perú, 2018). El Estado cuenta a las agentes, y ese conteo no genera, por sí mismo, ningún estatus laboral. La experiencia regional muestra que esa distancia puede acortarse, aunque no sin costos: un análisis histórico-crítico de treinta años de agentes comunitarias en la Estrategia Salud de la Familia de Brasil documenta el tránsito de una ocupación a una profesión regulada, con avances legislativos, pero también con tensiones persistentes entre la burocracia y la acción comunitaria (Morosini, et al. 2025). La lección para el caso peruano es doble: la formalización es posible y produce cambios materiales, pero ninguna norma la garantiza de manera permanente.

Tres momentos, una misma función territorial

La trayectoria de la mujer que “llega donde el servicio no llega” puede leerse en el Perú, y en particular en El Porvenir y Laredo, en tres momentos que no se suceden de manera lineal, sino que se superponen y se tensionan (Tabla 1). El primero corresponde a las promotoras voluntarias impulsadas por organizaciones no gubernamentales desde fines de los años setenta y, sobre todo, en los ochenta; en el norte del Perú, instituciones como el Instituto Nor Peruano de Desarrollo Económico Social (INDES), con sede en Trujillo, articularon desarrollo económico, organización comunitaria y promoción de la salud con enfoque participativo, en un marco de voluntariado ad honorem.

El segundo momento se define por la norma: la Ley N.º 30825 incorpora y formaliza, de manera parcial, la figura de la agente comunitaria de salud como quien realiza «acciones voluntarias» de promoción y prevención en coordinación

con el personal de salud (Congreso de la República del Perú, 2018). La Ley N.º 32030, de mayo de 2024, modificó el artículo 5 para otorgarle beneficios -certificación de saberes con pertinencia cultural, puntaje adicional en becas y créditos educativos y una bonificación del 10 % en concursos para plazas públicas, pero mantuvo la capacitación con cargo a los recursos propios de cada entidad (Congreso de la República del Perú, 2024). El debate legislativo siguió abierto en 2025, cuando la Comisión de Salud y Población del Congreso aprobó un dictamen orientado a elevar el estatus de las agentes y garantizar la sostenibilidad de su labor (Congreso de la República del Perú, 2025); la prensa especializada reportó que la propuesta contemplaba un incentivo económico mensual que no superaría la remuneración mínima vital, sin que a la fecha de esta revisión se localizara evidencia de su aprobación final (Salud con Lupa, 2025). La propia demanda de las agentes, recogida por la prensa desde 2024, resume la aspiración: ser parte del sistema formal de salud y no héroes anónimos (Salud con Lupa, 2024).

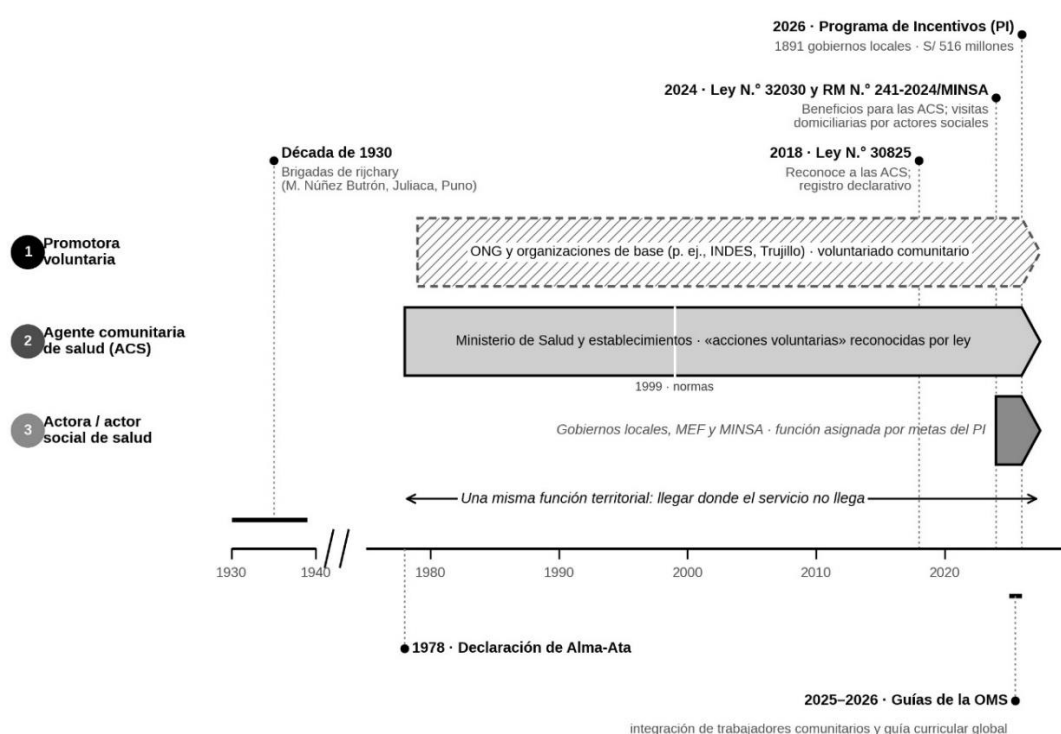


Figura 1. Línea de tiempo de tres momentos superpuestos de una misma función territorial en salud comunitaria, Perú, 1930-2026. Nota. Elaboración propia con base en las referencias World Health Organization, 2025; 2026; Salinas, 2014; Congreso de la República del Perú, 2018; 2024; Ministerio de Economía y Finanzas, 2026; Rodríguez Argomedo, 2026; Ministerio de Salud, 2024. El borde discontinuo indica que el primer momento se documenta sobre todo con memoria institucional y reconstrucción del equipo autoral (Rodríguez Argomedo, 2025); su fecha de inicio es aproximada. El extremo en punta indica que la función persiste y se solapa con los momentos siguientes. El eje presenta un corte entre 1940 y 1975.

El tercer momento -como puede verse en la figura 1- nace del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI), mecanismo presupuestal del Ministerio de Economía y Finanzas que, en 2026, involucraba a 1891 gobiernos locales y transfirió S/ 516 millones por el cumplimiento de indicadores del año anterior (Ministerio de Economía y Finanzas, 2026). Dentro de él, el Compromiso 1 se centra en la prevención de la anemia en gestantes y en niños hasta los 12 meses; en su edición 2024, el indicador midió el porcentaje de niñas y niños que

reciben visitas domiciliarias oportunas «a través de las visitas domiciliarias por actor social capacitado» (Ministerio de Economía y Finanzas, 2024), y en 2026 el diseño se desplazó hacia un indicador de resultado -niños sin anemia- cuyo cumplimiento depende en buena medida de factores que la actora social no controla (Ministerio de Economía y Finanzas, 2026). El protocolo del programa define al actor social como un ciudadano de la localidad que puede ser agente comunitario de salud, estudiante universitario, autoridad o líder comunal, y prevé que atienda como máximo a 15 niños (Ministerio de Economía y Finanzas, 2026); las notas municipales de 2025 documentan la implementación cotidiana mediante capacitaciones y entrega de indumentaria a actores sociales en distintas provincias del país (Municipalidad Provincial de Chincha, 2025).

La continuidad que interesa a este artículo no es la de una identidad jurídica única, sino la de una función territorial sostenida: la de quien llega donde el servicio no llega. Según la reconstrucción propia del equipo autoral, en El Porvenir y Laredo esa función ha sido asumida sucesivamente por las mismas mujeres bajo denominaciones distintas (Rodríguez Argomedo, 2025). A lo largo de casi un siglo -desde las brigadas de rijchary hasta el Compromiso 1-, el Estado ha reconocido, capacitado y asignado metas a esta función, sin resolver de manera general su sostenibilidad material.

El Porvenir como escenario de esa historia

El Porvenir es uno de los distritos más poblados de la provincia de Trujillo, con cerca de 190 mil habitantes según el censo de 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2017), y su crecimiento se explica en buena medida por la ocupación de nuevos asentamientos sin ordenamiento adecuado ni dotación equivalente de servicios (Municipalidad Provincial de Trujillo, 2026). Su memoria de crisis es reciente: tras las lluvias del Niño Costero del 2017, cerca del 40 % de los damnificados de la provincia de Trujillo se concentraba en el distrito América Televisión, 2017). A esa base se suma un contexto de inseguridad que condiciona directamente el trabajo comunitario: desde febrero de 2024 la provincia de Trujillo se encuentra bajo sucesivos estados de emergencia por el incremento de la criminalidad (RPP, 2024; Perú21, 2024), prorrogados hasta septiembre de 2026 (Infobae, 2025; Diario Correo, 2026). Para las actoras que caminan el territorio, la inseguridad no es un dato de contexto: define horarios, rutas y visitas posibles.

La guía curricular global de la OMS trata el conocimiento del territorio como parte de la competencia de los trabajadores comunitarios: dada su familiaridad con el contexto, los CHW están particularmente preparados para identificar los problemas de participación comunitaria (World Health Organization, 2025). La literatura latinoamericana reciente amplía esa premisa: un ensayo que integra antropología social y ciencias de la salud a partir de la práctica de los agentes comunitarios de Brasil sostiene que el territorio no existe de manera fija, sino que emerge de la acción humana, y que los espacios cotidianos -plazas, escuelas, iglesias, centros de encuentro- forman un dinamismo territorial útil para producir cuidado que rara vez figura en los mapas institucionales (Ciello & Silva, 2025). Una revisión de 2026 sobre territorialización en la atención primaria coincide en que el territorio, entendido como espacio socialmente construido, permite identificar vulnerabilidades y potencialidades que orientan la planificación y la

producción del cuidado a partir de las condiciones concretas de vida (Silva et al., 2026).

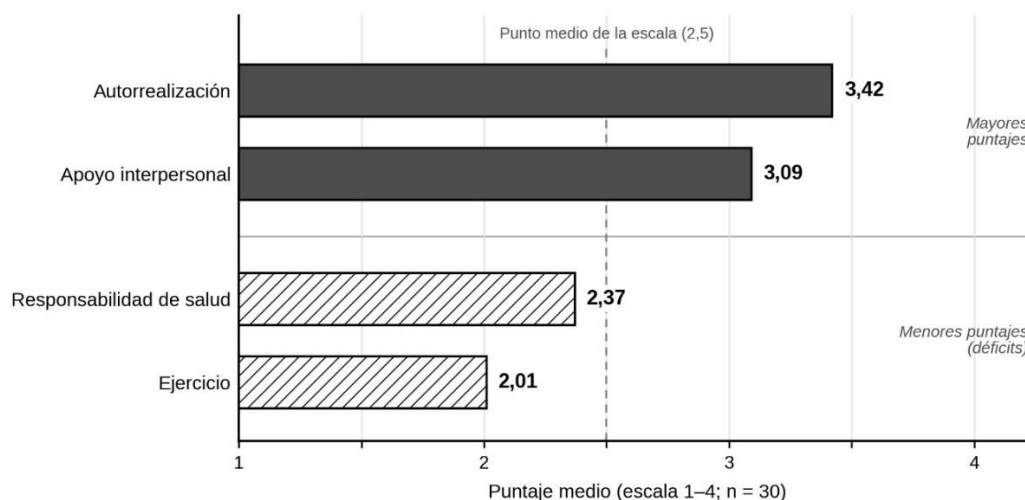


Figura 2. Perfil de estilos de vida promotores de salud (HPLP-II adaptado) en agentes comunitarias de salud, El Porvenir. Nota. Elaboración propia con base en Rodríguez Argomedo, 202. Puntajes medios en escala de 1 a 4 ($n = 30$; versión adaptada de 43 ítems). Submuestra exploratoria: los resultados generan hipótesis y no son estimaciones poblacionales.

Los datos propios de El Porvenir (Figura 2) muestran esa doble condición de vulnerabilidad y capacidad. En el subgrupo de 30 agentes comunitarias de salud encuestadas con el instrumento HPLP-II depurado, las dimensiones de autorrealización (media de 3,42 en una escala de 1 a 4) y de apoyo interpersonal (3,09) registran los valores más altos, mientras que ejercicio (2,01) y responsabilidad de salud (2,37) concentran los déficits (Rodríguez Argomedo, 2025). El perfil resultante -capacidad psicosocial alta, autocuidado físico bajo- es consistente con la evidencia internacional: en Bolivia, un estudio de 2026 con promotoras voluntarias de un programa de una organización no gubernamental encontró ansiedad, tensión y barreras de acceso a servicios preventivos, junto con apoyo de pares y mejoría del ánimo al servir a otros (Mickelson et al., 2026), y una revisión de 2024 sobre CHW durante la pandemia asoció la sobrecarga y las malas condiciones de trabajo con agotamiento y estrés (Ndulue, 2024).

De recurso auxiliar a sujeto estratégico: la transición pendiente

La evidencia territorial de El Porvenir documenta una paradoja estructural: desde una motivación intrínseca elevada hasta un agotamiento emocional relevante (Rodríguez Argomedo, 2025a; 2025b). Desde el marco de los “empirismos aplicativos”, conocidos como conocimientos prácticos que preceden a su formalización teórica, esta configuración puede leerse como el resultado de que las mujeres conocen muchas prácticas de autocuidado, pero las condiciones territoriales y el carácter voluntario o irregularmente retribuido de su trabajo restringen su aplicación sostenida (Caballero Romero, 2014).

La transición hacia roles con bono municipal, respaldada por la Resolución Ministerial N.º 241-2024/MINSA y por el Compromiso 1 (Ministerio de Salud,

2024), no resuelve automáticamente el problema: en Laredo, según observación de campo propia, una parte relevante de las participantes de un grupo focal percibió que la asignación del bono remunerativo linda con el empleo precario e introduce favoritismos políticos (Rodríguez Argomedo, 2025).

La guía de integración de la OMS advierte que los programas no deben depender de voluntarios no remunerados para tareas esenciales de larga duración, y recomienda acuerdos escritos, una retribución que no se base predominantemente en el desempeño y salvaguardas para la salud mental (2). En abril de 2026, la OMS lanzó formalmente su guía curricular global y su guía de integración de los CHW (40), y en agosto del mismo año el foro regional para Asia Sudoriental acordó priorizar la formación estandarizada, el financiamiento sostenible y el reconocimiento de los trabajadores comunitarios como parte integral de la salud pública rutinaria, y no solo como una fuerza movilizable en crisis (41). Aunque esos foros no vinculan al Perú, muestran hacia dónde se desplaza el consenso técnico internacional, y contrastan con un modelo peruano en el que el reconocimiento normativo (Ley N.º 30825) convive con una retribución mayoritariamente ligada al cumplimiento de metas.

Producto de este contraste y triangulación de fuentes, puede verse de manera sintetizada en la figura 3, que grafica la brecha entre los estándares de la guía de integración de la OMS (2025) y la normativa peruana sobre agentes comunitarias y actores sociales de salud.

Estándar de la guía de integración de la OMS (2025)	Ley N.º 30825 (2018)	Ley N.º 32030 (2024)	Programa de Incentivos (Compromiso 1, 2024-2026)
Retribución no basada predominantemente en el desempeño	☐ No compromete recursos nuevos para sostener a las agentes	☒ Beneficios no salariales: puntaje en becas y bonificación del 10 % en concursos	☐ Retribución mayoritariamente ligada al cumplimiento de metas
No depender de voluntarios no remunerados para tareas esenciales	☐ Define las acciones de las agentes como «voluntarias»	☒ Introduce beneficios; no establece remuneración	☒ Bono municipal variable e irregular
Acuerdos escritos y derechos reconocidos	☐ Registro declarativo; no constituye derechos	☒ Certificación de saberes con pertinencia cultural	☐ Función asignada por metas; bono percibido como empleo precario (Laredo)
Salvaguardas para la salud mental y el bienestar	☐ No identificadas en las normas revisadas (Ley 30825, Ley 32030 y PI)		

☐ No se cumple o no se identifica

☒ Se cumple parcialmente

Valoración interpretativa de los autores

Figura 3. Brecha entre los estándares de la guía de integración de la OMS (2025) y la normativa peruana sobre agentes comunitarias y actores sociales de salud. Nota. Elaboración propia con base en las referencias World Health Organization, 2025; Congreso de la República del Perú, 2018; Ministerio de Economía y Finanzas, 2024; 2026; Municipalidad Distrital de La Encañada, 2026; Ministerio de Salud, 2024. La valoración es interpretativa de los autores y se basa en la lectura de las normas citadas. Ningún componente alcanza cumplimiento pleno.

4. Discusión

Los hallazgos permiten reconstruir e interpretar casi un siglo de acción comunitaria en salud en el Perú: desde las brigadas de rijchary de la década de 1930 hasta las actoras sociales del Programa de Incentivos vigente en 2026. Esto no describe una escalera evolutiva en la que cada denominación reemplaza a la anterior, sino una densificación de la misma función territorial -llegar donde el servicio no llega-, sostenida sucesivamente por voluntarias de organizaciones no gubernamentales, por agentes comunitarias reconocidas por ley y por actoras sociales vinculadas a incentivos municipales.

El primer aporte del artículo es tender el puente que la literatura rara vez traza entre el antecedente andino de Núñez Butrón (Salinas, 2014) y la figura contemporánea de la actora social, y mostrar que la función precede, y desborda, cada una de las categorías jurídicas que la han nombrado.

El segundo aporte es analítico: la distinción entre historia visible e invisible desplaza la pregunta de quién cuida a quién decide contar como fuerza de trabajo sanitaria. El Estado cuenta a más de 35 mil personas que cuidan de forma voluntaria (Instituto Nacional de Salud Mental, 2026), pero el registro es declarativo y no constitutivo de derechos (Congreso de la República del Perú, 2018), y la propia clasificación ocupacional internacional deja a los trabajadores comunitarios fuera del grupo de profesionales de la salud (World Health Organization, 2025). Esa invisibilidad, reiterada en la literatura sobre el carácter feminizado de estos programas (World Health Organization, 2025; Women in Global Health, 2024), explica por qué la reconstrucción histórica exige ampliar las fuentes admisibles: actas de organizaciones de base, resoluciones municipales y la memoria de las propias mujeres. La experiencia brasileña, con tres décadas de tránsito de ocupación a profesión regulada (Morosini et al. 2025), sugiere que la formalización es posible y produce cambios materiales, pero que ninguna norma la garantiza de manera permanente.

La distancia entre reconocimiento discursivo y condición material, señalada por la OMS a escala global (World Health Organization, 2025; Women in Global Health, 2024), se confirma en el caso peruano: la Ley N.º 30825 declara «fundamentales» a las agentes, pero no compromete recursos nuevos para sostenerlas, y el diseño del Compromiso 1 remunera de manera variable e irregular una función que la propia norma califica de voluntaria (Figura 3). La Ley N.º 32030 añade beneficios (certificación de saberes, puntaje adicional, bonificación en concursos), pero mantiene la capacitación con cargo a los recursos de cada entidad (Congreso de la República del Perú, 2024), y el dictamen de 2025 sobre un incentivo mensual no registraba aprobación final al cierre de esta revisión. La demanda de las propias agentes, ser parte del sistema formal y no héroes anónimos (Salud con Lupa, 2024), resume lo que esa secuencia de normas aún no resuelve.

El tercer momento aporta un hallazgo propio de interpretación. Al pasar de un indicador de proceso en 2024, basado en visitas domiciliarias oportunas por actor

social (Ministerio de Economía y Finanzas, 2024), a uno de resultado en 2026, niños sin anemia (Ministerio de Economía y Finanzas, 2026), el programa exige a la actora responder por un desenlace que depende en buena medida de factores que ella no controla, y lo hace con una carga de hasta 15 niños por actor social. A ello se suma que el territorio donde trabaja, con estados de emergencia sucesivos por criminalidad, define sus horarios, rutas y visitas posibles, aspecto que el indicador no recoge. La percepción de que el bono linda con el empleo precario y abre espacio al favoritismo político, registrada en el grupo focal de Laredo (Rodríguez Argomedo, 2025), tensiona además el estándar de la OMS de una retribución no basada predominantemente en el desempeño.

El perfil de El Porvenir es el aporte empírico del estudio: capacidad psicosocial alta (autorrealización 3,42; apoyo interpersonal 3,09) y autocuidado físico bajo (ejercicio 2,01; responsabilidad de salud 2,37) (Rodríguez Argomedo, 2025). Esa combinación converge con la evidencia internacional reciente, en la que las promotoras voluntarias de Bolivia combinan apoyo de pares y mejoría del ánimo al servir a otros con ansiedad, tensión y barreras de acceso a servicios preventivos (Mickelson et al., 2026), y la sobrecarga con malas condiciones de trabajo se asocia a agotamiento y estrés en trabajadores comunitarios (Ndulue et al., 2024). Leída desde los empirismos aplicativos (Caballero Romero, 2014), la brecha no parece de conocimiento: las mujeres conocen prácticas de autocuidado, pero las condiciones territoriales y el carácter voluntario o irregularmente retribuido de su trabajo restringen su aplicación sostenida. Como hipótesis, esto desplaza la lógica de intervención de la capacitación individual hacia las condiciones (tiempo protegido, seguridad, soporte institucional), y sugiere que el apoyo interpersonal observado es un capital comunitario sobre el que pueden construirse estrategias de cuidado entre pares.

Para la enfermería comunitaria, esta lectura tiene una doble implicancia. En el plano epistemológico, exige tratar el saber de las actoras (su conocimiento del territorio, de las familias y de las rutas seguras) como saber situado, y no como información informal subordinada al conocimiento biomédico. Ese saber enlaza además con la propia genealogía de la disciplina: la visita domiciliaria, la educación sanitaria y la acción sobre las condiciones sociales de vida que caracterizaron a Henry Street reaparecen hoy en la visita domiciliaria de la actora social, de modo que la historia invisible del cuidado comunitario es también una parte poco narrada de la historia de la enfermería. En el plano de la gestión, exige revisar el rol de la enfermera de atención primaria: de supervisora que fiscaliza padrones a gestora de redes territoriales de cuidado que acompaña el bienestar de quienes ejecutan la primera línea del contacto comunitario. El caso de El Porvenir ilustra por qué esa segunda función (cuidar a quienes cuidan) no puede tratarse como un asunto secundario de la gestión territorial de la salud.

En el plano de la política, el consenso técnico internacional se desplaza hacia la integración con derechos: la OMS lanzó en abril de 2026 sus guías curricular y de integración (World Health Organization, 2026), y en agosto el foro de Asia Sudoriental priorizó formación estandarizada, financiamiento sostenible y reconocimiento como parte integral de la salud pública rutinaria (World Health Organization South-East Asia Region, 2026). Aunque esos foros no vinculan al

Perú, la matriz de la Figura 3 ofrece un criterio concreto para evaluar futuras normas: acuerdos escritos, retribución no supeditada solo a metas, salvaguardas de bienestar y participación de las actoras en el diseño de los indicadores que se les exigen.

Finalmente, el alcance del estudio es coherente con su objeto. Una revisión narrativa y documental es el diseño adecuado para una pregunta histórico-interpretativa, y la triangulación entre literatura internacional reciente con enlace o DOI verificado, normativa peruana y evidencia territorial propia permite contrastar discurso, norma y práctica, algo que ninguno de los tres corpus logra por separado. La evidencia territorial proviene de una submuestra exploratoria de 30 agentes comunitarias, por lo que sus asociaciones se leen como generadoras de hipótesis para estudios con muestras mayores. Del mismo modo, que el primer momento se documente en gran medida con memoria institucional ilustra la invisibilidad que el artículo describe, y sistematizarlo en fuentes de archivo citables es la siguiente tarea de la TIS.

La Tabla 2 sintetiza el viraje que este artículo propone: de un paradigma que trata a la actora como recurso auxiliar -mano de obra de bajo costo, evaluada por el conteo de visitas y sostenida por el sacrificio individual- a uno que la reconoce como sujeto estratégico, coproductora de salud, con soporte institucional para su bienestar y voz en el diseño de las metas que se le exigen.

5. Conclusión

La historia de la acción comunitaria en salud en el norte del Perú no comienza con la Ley N.º 30825 de 2018, sino casi noventa años antes, con las brigadas de rijchary de Manuel Núñez Butrón. Entre uno y otro hito, la misma función territorial —la de la mujer que llega donde el servicio no llega— ha sido nombrada de manera sucesiva como promotora voluntaria, agente comunitaria de salud y actora social, sin que el reconocimiento estatal, cada vez más explícito en el discurso normativo, se haya traducido en condiciones materiales equivalentes de retribución, protección y participación.

En El Porvenir, esa brecha se expresa en un perfil concreto: actoras con alta motivación intrínseca y bajo autocuidado físico, que sostienen indicadores municipales de anemia y de salud materno-infantil en un territorio marcado, a la vez, por la inseguridad ciudadana y por una notable capacidad de organización comunitaria. Cerrar la historia invisible del cuidado exige, por ello, algo más que nombrar a estas mujeres con una nueva categoría: exige transitar del paradigma del recurso auxiliar al del sujeto estratégico, con reconocimiento formal de su trabajo como parte de la fuerza sanitaria, retribución no supeditada únicamente al cumplimiento de metas, protección de su bienestar integral y participación efectiva en el diseño de las políticas que las convocan. La enfermería comunitaria, por su posición cotidiana junto a estas mujeres, tiene un papel central en sostener y documentar esa transición.

6. Referencias

- América Televisión. (2017, 27 de marzo). Huaicos en Trujillo: La grave situación en la que se encuentra El Porvenir. <https://www.americatv.com.pe/noticias/amp/actualidad/huaicos-trujillo-grave-situacion-que-se-encuentra-porvenir-n270543>
- Caballero Romero, A. (2014). Metodología integral innovadora para planes y tesis: La metodología del cómo formularlos (2.^a ed.). Cengage Learning.
- Ciello, F. J., & da Silva, P. S. (2025). Imagining the work of community health workers: Notes for a discussion on territory, health and care. *Saúde e Sociedade*, 34(2), Artículo e230415en. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025230415en>
- Congreso de la República del Perú. (2018, 20 de julio). Ley N.º 30825, Ley que fortalece la labor de los agentes comunitarios de salud. *El Peruano*. <https://lpderecho.pe/ley-30825-fortalece-labor-agentes-comunitarios-salud/>
- Congreso de la República del Perú. (2024, 18 de mayo). Ley N.º 32030, Ley que modifica el artículo 5 de la Ley 30825, para otorgar beneficios a los agentes comunitarios de salud. *El Peruano*. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2289960-1>
- Congreso de la República del Perú. (2025, 8 de abril). Aprueban iniciativas para el fortalecimiento de los agentes comunitarios de salud y el apoyo a personas con autismo. <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/noticias/aprueban-iniciativas-para-el-fortalecimiento-de-los-agentes-comunitarios-de-salud-y-el-apoyo-a-personas-con-autismo/>
- Diario Correo. (2026, 19 de septiembre). Prorrogan estado de emergencia en Trujillo, Virú y Chepén por inseguridad. <https://diariocorreo.pe/edicion/la-libertad/prorrogan-estado-de-emergencia-en-trujillo-viru-y-chepen-por-inseguridad-la-libertad-peru-noticia/>
- Infobae. (2025, 4 de septiembre). Gobierno vuelve a prorrogar el estado de emergencia en Trujillo y Virú para frenar ola de criminalidad y extorsión. <https://www.infobae.com/peru/2025/09/04/gobierno-vuelve-a-prorrogar-el-estado-de-emergencia-en-trujillo-y-viru-para-frenar-ola-de-criminalidad-y-extorsion/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Censos nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2026, 3 de junio). Agentes comunitarios de salud salvan vidas al convertirse en el primer soporte de la salud mental en las zonas más vulnerables del Perú. *Gob.pe*. <https://www.gob.pe/institucion/inism/noticias/1401560>
- Karuga, R. N., Karim, O., Jahan, S., Ngunjiri, A., Kabaria, C., Oduor, C., et al. (2025). Protective factors and stressors that influence the mental wellbeing of community health workers in South Asia and Sub-Saharan Africa: A scoping review. *SSM – Health Systems*, 5, Artículo 100147. <https://doi.org/10.1016/j.ssmhs.2025.100147>

- Mickelson, M., Pooley, Y., Monje Cuadrado, P., Hurtado, K., Dunn, N., & Glenn, J. (2026). Physical and mental health of community health workers in Bolivia: Evidence from a large NGO-run program. *Journal of Community Systems for Health*, 3(1). <https://doi.org/10.36368/jcsh.v3i1.1383>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (s. f.). Protocolo de visita domiciliaria por actor social (Meta 4, versión modificada). https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/municipalidad_es_pmm_pi/meta4_PROTOCOLO_VD_AS_MODIFICADO.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2024). Anexo A: Modificación de las fichas técnicas de los indicadores del Programa de Incentivos, tramo I-2024. Compromiso 1, indicador 1.2. https://mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/FT_Compromiso_1_indicador_1_2.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2026a). Compromiso 1, PI 2026 [Ficha informativa]. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/2026_Info_CI1.pdf
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2026b, 26 de agosto). Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal 2026. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/capacita/2026/26082026_Programa_Incentivos_Mejora_Gestion_Municipal_2026.pdf
- Ministerio de Salud. (2024a). Metas del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal 2024, tramo I, Compromiso 1 (Anexo B1). https://mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/compromiso_1_Metas_tramo_I_2024_MINSA.pdf
- Ministerio de Salud. (2024b, 4 de abril). Resolución Ministerial N.º 241-2024/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamientos para la implementación de visitas domiciliarias por actores sociales para promover la salud materna y el desarrollo infantil temprano. *El Peruano*. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2276939-1>
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., Vieira-Meyer, A. P. G. F., et al. (2025). Community health agents in the Family Health Strategy: 30 years of resistance and achievements. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(12), Artículo e08222025. <https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.08222025>
- Municipalidad Distrital de Imaza. (2025, 29 de octubre). MDI entrega indumentaria a actores sociales dedicados al trabajo contra la anemia [Nota de prensa]. Gob.pe. <https://www.gob.pe/institucion/muniimaza/noticias/1281211>
- Municipalidad Distrital de La Encañada. (2026). Resolución de Alcaldía N.º 019-2026-MDLE/A. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/9732810/7959452-resolucion-de-alcaldia-n-019-2026-mdle-a.pdf>
- Municipalidad Provincial de Chincha. (2025, 16 de abril). Capacitación de actores sociales de la MPCH [Nota de prensa N.º 169-2025]. Gob.pe. <https://www.gob.pe/institucion/munichincha/noticias/1170468>
- Municipalidad Provincial de Trujillo, Equipo Técnico. (s. f.). Plan de acondicionamiento territorial de la provincia de Trujillo: Capítulo 4.4. Subsistema sociocultural. <https://sinia.minam.gob.pe/sites/default/files/sial->

- sialtrujillo/archivos/public/docs/capitulo_4.4_subsistema_sociocultural_0.pdf
- Ndulue, O. I., Chukka, A., & Naslund, J. A. (2024). Burnout and mental distress among community health workers in low- and middle-income countries: A scoping review of studies during the COVID-19 pandemic. *Global Health Journal*, 8(4), 162–171. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2024.11.007>
- Perú21. (2024, 18 de febrero). Trujillo se desangra: Cada día se registra uno o más muertos por extorsión o cobro de cupos. <https://peru21.pe/peru/trujillo-se-desangra>
- Rodríguez Argomedo, M. (2025a). Erosión de la vocación en agentes comunitarias de salud: Un análisis de burnout y factores protectores en El Porvenir, Perú [Manuscrito no publicado]. Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo.
- Rodríguez Argomedo, M. (2025b). Informes de observación fenomenológica en campo ACS El Porvenir [Notas de investigación]. Universidad Nacional de Trujillo.
- Rodríguez Argomedo, M. (2025c). La agente comunitaria de salud en el Modelo de Cuidado Integral del Perú: Desafíos para la ciencia de la enfermería. Caso Compromiso 1, El Porvenir, Trujillo-Perú [Manuscrito no publicado]. Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo.
- Rodríguez Argomedo, M. (2025d). Propuesta de un modelo de gestión territorial de la salud para la atención primaria de salud en contextos vulnerables: Integración de promotoras comunitarias en El Porvenir y Laredo [Documento de trabajo]. Universidad Nacional de Trujillo.
- Rodríguez Argomedo, M. (2025e). Reporte de procesamiento de estilos de vida (EV) en agentes comunitarias de salud (ACS) El Porvenir v1 [Informe técnico no publicado]. Universidad Nacional de Trujillo.
- RPP. (2024, 12 de febrero). Ejecutivo declara el estado de emergencia en Pataz y Trujillo por 60 días ante incremento de la criminalidad. <https://rpp.pe/peru/la-libertad/ejecutivo-declara-el-estado-de-emergencia-en-pataz-y-trujillo-por-60-dias-ante-incremento-de-la-criminalidad-noticia-1533884>
- Salinas, D. (2014). Manuel Núñez Butrón: Pionero de la atención primaria en el mundo. *Revista Médica de Chile*, 142(12), 1612–1613.
- Salud con Lupa. (2024, 26 de enero). Agentes comunitarios: «No queremos ser héroes, sino parte del sistema formal de salud». <https://saludconlupa.com/noticias/agentes-comunitarios-no-quieren-ser-heroes-sino-parte-del-sistema-formal-de-salud/>
- Salud con Lupa. (2025, 8 de mayo). Agentes comunitarios: Una propuesta en manos del Congreso puede reivindicar su labor esencial. <https://saludconlupa.com/noticias/agentes-comunitarios-una-propuesta-del-congreso-puede-reivindicar-su-labor-esencial/>
- Silva, A. P. M. B. da, Ohashi, G. S., Cavalcante, M. F. A. F., Lima, V. H. M. de, Caleffi, R. S., Araújo, L. B., et al. (2026). A territorialização como eixo estruturante das práticas da saúde coletiva na atenção primária à saúde. *RECIMA21*, 7(3), Artículo e737330. <https://doi.org/10.47820/recima21.v7i3.7330>
- Wald, L. D. (1991). *The house on Henry Street*. Dover Publications. (Obra original publicada en 1915).

- Women in Global Health. (2024). Community health workers: 7 key asks from Women in Global Health. <https://womeningh.org/wp-content/uploads/2024/03/Community-Health-Workers.pdf>
- World Health Organization. (2025a). Global curriculum guide for community health workers. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240118065>
- World Health Organization. (2025b). Integrating community health workers into health systems: A step-by-step policy implementation guide. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110298>
- World Health Organization. (2026, 15 de abril). Global launch: WHO curriculum guide for community health workers. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2026/04/15/default-calendar/20260415-chw-curriculum-launch>
- World Health Organization South-East Asia Region. (2026, 1 de septiembre). From the community, for the community: Strengthening community workforces for resilient public health systems. <https://www.who.int/southeastasia/news/detail/01-09-2026-strengthening-community-workforces-resilient-public-health-systems>

Cómo citar:

Rodríguez Argomedo, M., Chuquimango Rodríguez, M.Z. & Chuquimango Viches, M. (2026). La historia invisible del cuidado: De las brigadas Rijchary a las actoras sociales de salud en El Porvenir. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 5(1), e1096. <https://doi.org/10.57188/RICSO.2026.1096>

Anexos

Tabla 1. *Tres momentos de una misma función territorial*

Momento	Denominación	Anclaje institucional	Naturaleza del vínculo	Tensión principal
Primero (fines de los años setenta-ochenta)	Promotora voluntaria	ONG y organizaciones de base (p. ej., INDES, Trujillo)	Voluntariado comunitario; reconocimiento vecinal	Dependencia de proyectos y de la vocación personal
Segundo (desde Alma-Ata; normas de 1999 y 2018)	Agente comunitaria de salud (ACS)	Ministerio de Salud, establecimientos de salud	«Acciones voluntarias» reconocidas por ley; registro declarativo	Reconocimiento discursivo sin derechos laborales
Tercero (Programa de Incentivos municipales, desde 2024)	Actora o actor social	Gobiernos locales, MEF, MINSA	Función asignada por metas de un programa presupuestal	Gestión por resultados sobre trabajo voluntario o retribuido de forma irregular

Tabla 2. *De recurso auxiliar a sujeto estratégico: el viraje propuesto*

Dimensión	Paradigma del recurso auxiliar	Paradigma del sujeto estratégico
Concepción de la actora	Mano de obra de bajo costo, receptora de directivas	Sujeto de derecho y coproductora de salud
Rol en el sistema	Ejecutora de padrones y captadora de datos	Gestora de condicionantes del hogar y del territorio
Evaluación del trabajo	Conteo de visitas y cumplimiento de metas	Generación de resultados sociales relevantes
Sostenibilidad	Dependencia del sacrificio y la vocación ad honorem	Soporte de salud ocupacional comunitaria y tiempo protegido
Rol de enfermería	Fiscalización y supervisión de padrones	Gestión de redes territoriales de cuidado y acompañamiento
Base normativa	Reconocimiento discursivo (Ley N.º 30825)	Integración con derechos (estándar propuesto por la OMS)