

Significados Emergentes para un Modelo de Gestión Territorial de la Salud desde el Voluntariado de Base y las Competencias de Enfermería

Marcela Liduvina Rodríguez Argomedo * 

Universidad Nacional de Trujillo, Perú

Resumen

En el presente artículo se aborda la incorporación de promotoras voluntarias de salud a ser actores sociales (AS) desde los gobiernos locales en la lucha contra la anemia infantil; el estudio abarca los distritos de El Porvenir y Laredo, en la provincia de Trujillo, región de La Libertad – Perú. Utilizando un diseño mixto explicativo y la Teoría Fundamentada Constructivista (TFC), se analizó el estado emocional de las promotoras y su transición de roles. Los resultados revelan una alta motivación (media 4.2/5 en sentido de propósito) y un síndrome de burnout emocional elevado (media 45/66), siendo la espiritualidad y el apoyo interpersonal sus principales factores protectores, mientras que el autocuidado físico se identificó como la mayor vulnerabilidad; mientras esto se da entre las voluntarias, el sector salud y la gestión municipal se limitan a un cumplimiento de metas presupuestales y del compromiso 1; los establecimientos de salud afrontan dificultades para prestar una atención adecuada, cumplir con los servicios ofrecidos y los tiempos de espera para citas cada vez se prolongan más. Frente a ello, se propone un modelo integrador que atienda la continuidad del rol comunitario de las promotoras de salud, el desarrollo de servicios de enfermería para su cuidado, el mejoramiento de los servicios de cuidados al recién nacido desde la gestante en los establecimientos de salud, y la gestión de condicionantes gestionables durante las visitas domiciliarias desplegadas por los AS desde los gobiernos locales para tener una mayor efectividad en la implementación de las recomendaciones en las madres en su estado de gestantes, parturientas y cuidadoras del recién nacido (RN).

Palabras clave: Promotoras de salud; gestión territorial; enfermería comunitaria; burnout; APS.

*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)

Emerging Implications for a Regional Health Management Model Based on Grassroots Volunteering and Nursing Competencies

Abstract

This article examines the role of volunteer health promoters as social actors (SA) supported by local governments in the fight against childhood anemia; the study covers the districts of El Porvenir and Laredo in the province of Trujillo, La Libertad region, Peru. Using a mixed-methods explanatory design and Constructivist Grounded Theory (CGT), the promoters' emotional state and their role transition were analyzed. The results reveal high motivation (mean 4.2/5 in terms of sense of purpose) and a high level of emotional burnout (mean 45/66), with spirituality and interpersonal support being the main protective factors, while physical self-care was identified as the greatest vulnerability; while this is the case among the volunteers, the health sector and municipal administration limit themselves to meeting budgetary targets and fulfilling commitment 1; Health care facilities face challenges in providing adequate care and delivering on their service commitments, while wait times for appointments continue to grow longer. In response, an integrated model is proposed that addresses the continuity of the community role of health promoters, the development of nursing services for their care, the improvement of newborn care services starting with the pregnant woman at health care facilities, and the management of modifiable risk factors during home visits conducted by community health workers (CHWs) deployed by local governments to ensure greater effectiveness in implementing recommendations for mothers during pregnancy, childbirth, and as caregivers of newborns (NB).

Keywords: Health promoters; regional management; community nursing; burnout; primary health care.

Significados emergentes para um modelo de gestão territorial da saúde a partir do voluntariado de base e das competências de enfermagem

Resumo

O presente artigo aborda a integração de promotoras voluntárias de saúde como atores sociais (AS) por parte dos governos locais na luta contra a anemia infantil; o estudo abrange os distritos de El Porvenir e Laredo, na província de Trujillo, região de La Libertad - Peru. Utilizando um desenho misto explicativo e a Teoria Fundamentada Construtivista (TFC), analisou-se o estado emocional das promotoras e sua transição de

papéis. Os resultados revelam alta motivação (média de 4,2/5 no sentido de propósito) e um elevado síndrome de esgotamento emocional (média de 45/66), sendo a espiritualidade e o apoio interpessoal seus principais fatores protetores, enquanto o autocuidado físico foi identificado como a maior vulnerabilidade; enquanto isso ocorre entre as voluntárias, o setor de saúde e a gestão municipal limitam-se ao cumprimento de metas orçamentárias e do compromisso 1; As unidades de saúde enfrentam dificuldades para prestar uma assistência adequada, cumprir com os serviços oferecidos e os tempos de espera para consultas estão cada vez mais longos. Diante disso, propõe-se um modelo integrador que garanta a continuidade do papel comunitário das promotoras de saúde, o desenvolvimento de serviços de enfermagem para o seu atendimento, a melhoria dos serviços de cuidados ao recém-nascido desde a gestante nas unidades de saúde, e a gestão de fatores determinantes controláveis durante as visitas domiciliares realizadas pelos AS a partir dos governos locais, a fim de obter maior eficácia na implementação das recomendações às mães em seu estado de gestantes, parturientes e cuidadoras do recém-nascido (RN).

Palavras-chave: Promotoras de saúde; gestão territorial; enfermagem comunitária; esgotamento; APS.

1. Introducción

En los años 80, una Trayectoria Investigativa Secuencial (TIS) ha seguido el desarrollo de las promotoras de salud en los distritos de El Porvenir y Laredo, en la provincia de Trujillo. Estas mujeres iniciaron como un voluntariado no remunerado, impulsado por ONGs y la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), enfocándose en la prevención, la salubridad y la lucha contra epidemias en áreas que carecían de atención. A pesar de que con el tiempo sus comunidades lograron acceder a servicios básicos, las promotoras han mantenido su compromiso, evolucionando para ocupar roles de liderazgo e incluso alcanzando cargos como autoridades políticas.

En los años 90, el sector salud formalizó su rol al adoptar nuevos conceptos de APS (rol preventivo y gestión territorial), reconociéndolas oficialmente como Agentes Comunitarios de Salud (ACS). La OMS (2020) las identifica como un recurso clave para acercar los servicios de salud y empoderar a las comunidades. La autora del artículo ha sido testigo de excepción de esta trayectoria desde sus labores en el Instituto Nor Peruano de Desarrollo Económico Social (INDES), una ONG fundada en los 80 que ahora preside.

En el siglo XXI, la cooperación internacional ha sido reemplazada por una mayor acción gubernamental. Sin embargo, el apoyo y la capacitación a estas organizaciones persisten. Los programas sociales nacionales siguen implementando estas intervenciones, valorando a las promotoras voluntarias por su bajo costo, flexibilidad laboral y su probada capacidad para una mejor intervención social al estar arraigadas en el territorio, participando en los siguientes términos:

La evolución de las intervenciones sociales en Perú, enfocadas en el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) y la lucha contra la anemia, se ha formalizado a través de programas nacionales como Cuna Más (SAF), Meta 4 (PI) y Compromiso 1 (PI). Estos programas – cuyas tareas de visitas y consejerías son inherentemente de enfermería – se basan en la contratación y el estipendio de "personal comunitario" o Actores Sociales (AS), gestionados por los Gobiernos Locales. Esta transición, con contratos y metas, ha difuminado la diferencia entre la promotora voluntaria y el ACS, llevando a la figura de la empleabilidad desde la gestión municipal.

Este escenario genera tensiones:

1. Politización: Las voluntarias históricas perciben "preferencias políticas" en las contrataciones remuneradas, aunque el incentivo económico atrae a nuevas vecinas, inyectando dinamismo a las organizaciones.
2. Monitoreo: El sector salud (DIRESA) mantiene un control y monitoreo explícito con metas específicas sobre estas intervenciones.
3. Ausencia Clave: Hay una notoria falta de participación de la sociedad civil, incluyendo colegios profesionales y universidades de ciencias de la salud, en el desarrollo, consolidación y evaluación de la efectividad de estas iniciativas.

Frente a esta situación tensional, se proyectan cuatro líneas de análisis para la ciencia de la enfermería:

1. Sostenibilidad del Voluntariado: Determinar cómo las promotoras pueden mantener su auto capacidad organizativa y su voluntariado genuino, proyectándose a nuevos sectores precarios.
2. Institucionalización Local: Analizar cómo los Gobiernos Locales pueden institucionalizar estas experiencias en su planificación y presupuestos, trascendiendo el simple cumplimiento de metas.
3. Modelo de Gestión Sectorial: Evaluar cómo el sector salud puede crear un modelo de gestión territorial más legítimo y con mayor efectividad, replicabilidad y escalabilidad.
4. Contribución de la Academia: Definir cómo la sociedad civil académica y profesional (universidades y colegios) puede contribuir al desarrollo y efectividad de estas Intervenciones Sociales (IS), asegurando su continuidad incluso cuando escasee el presupuesto público.

Alrededor de lo expuesto se sintetiza el siguiente problema: Brechas en la gestión territorial de la salud mediante la integración de las promotoras de salud desde una perspectiva municipal. Y como objetivo general: deslizar una aproximación teórica al modelo de gestión territorial de la salud que integre de la mejor manera al sector rector del estado sanitario de la población, a los gobiernos locales y a las promotoras voluntarias de salud en su perspectiva de voluntariado comunitario.

Dentro del marco teórico se han considerado vertientes teóricas vinculadas a la investigación, la economía y la administración: a. Investigación de Resultados, b.

Economía del Valor Público (EVP), c. Ciencia de la implementación, d. Gerencia y administración moderna, así como teorías del hexágono meta paradigmático de Alligood de su obra sobre Modelos y Teoría de Enfermería (Raile, 2023), según se explica en la tabla 01:

Tabla 1. Marco Filosófico, Teórico y Conceptual

Nivel de Análisis	Vinculación y Teorías Consideradas
Metaparadigma	El trabajo se basa en los cuatro conceptos centrales: Seres Humanos (promotoras, gestantes, RN), su Entorno (comunidad), la Salud (búsqueda del bienestar) y la Enfermería (acción delegada de ayuda, consejería y educación) (Alligood, fig. 2.6).
Filosofía	Se alinea con la Filosofía del Cuidado (perspectiva holística) a través de la Teoría del Cuidado Transpersonal de Jean Watson (conexión, apoyo mutuo) y la Filosofía de Patricia Benner (uso de la práctica clínica y conocimiento contextualizado).
Gran Teoría	Es compatible con el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, centrándose el rol de la promotora en la prevención (defensa flexible) para el mantenimiento de la estabilidad óptima y el bienestar comunitario.
Teoría	Se enmarca en la Teoría de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender, donde la promotora influye en las variables cognitivo-perceptuales de los individuos para que adopten conductas que promuevan la salud (Alligood, p. 320).
Teoría de Nivel Medio	Se considera de aplicación específica: la Teoría de los Cuidados de Kristen M. Swanson (procesos de Conocer, Estar con, Facilitar) y la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba, pues la intervención se enfoca en aumentar el bienestar general de la comunidad al reducir barreras de acceso y conocimiento (Alligood, p. 526, 533).
Modelo Conceptual	Se vincula con el Modelo de las Actividades de la Vida (AV) de Virginia Henderson (Las Catorce Necesidades). La promotora trabaja para que la familia y el individuo (madre gestante, RN) alcancen la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Alligood, cuadro 2.1).

2. Metodología

Se ha desplegado un abordaje metodológico mixto: una encuesta cuantitativa a promotoras de El Porvenir (HPLP-II para estilos de vida, Maslach Burnout Inventory - MBI, para necesidades) y un grupo focal con 14 promotoras de

Laredo, siguiendo el paradigma hermenéutico-constructivista y la Teoría Fundamentada Constructivista (TFC), se han trabajado significados emergentes de datos empíricos para enriquecer modelos teóricos (Charmaz, 2014), en este caso diseñar un modelo de gestión territorial de la salud. Se han seguido los siguientes pasos operativos de la TFC en esta aproximación teórica:

- Preparación y muestreo por conveniencia
- Recolección de datos hermenéutica
- Análisis constructivista:
- Muestreo Teórico y Saturación
- Construcción Teórica
- Validación/triangulación

3. Resultados

Producto de la primera investigación realizada en el distrito de El Porvenir se ve la erosión de la vocación entre las promotoras voluntarias de salud, los resultados dejan constancia de la prevalencia del síndrome de burnout, considerando al autocuidado y la espiritualidad como factores protectores preidentificados y proponiendo intervenciones específicas que fortalezcan su bienestar personal y aseguren el voluntariado comunitario en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS).

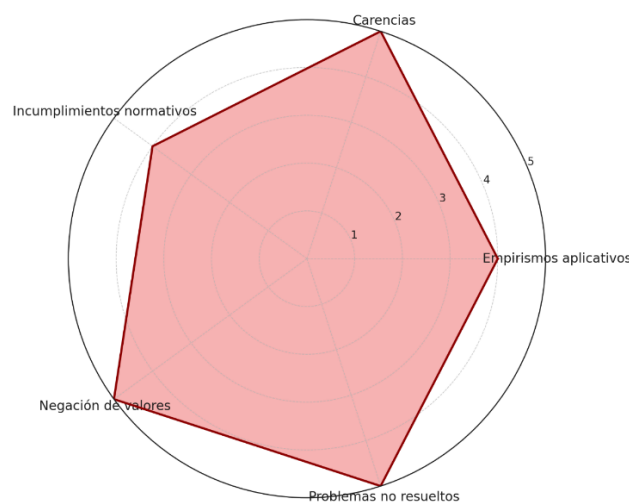


Figura 1: Radar de estilos de vida y necesidades espirituales de promotoras de salud

La Figura 1, confirma el patrón dual identificado en el análisis descriptivo:

- Puntuaciones Altas (Barras Largas): Las barras correspondientes a Autorrealización y Apoyo Interpersonal son notablemente más altas. Esto visualiza el hallazgo de que las promotoras encuentran sus mayores

fortalezas y factores de protección en su sentido de propósito y en sus redes de apoyo.

- Puntuaciones Bajas (Barras Cortas): Las barras de Ejercicio y Responsabilidad de Salud son las más cortas. Este contraste visual subraya la gran vulnerabilidad de las promotoras en estas áreas. La barra del Manejo del Estrés también es relativamente baja, lo que indica que esta es un área de preocupación.

Para visualizar de manera más clara los hallazgos del estudio, se presenta el siguiente gráfico de barras que muestra las medias de las seis dimensiones del cuestionario HPLP-II. Este gráfico destaca visualmente las áreas de mayor y menor puntuación, haciéndolo más visible e intuitivo.

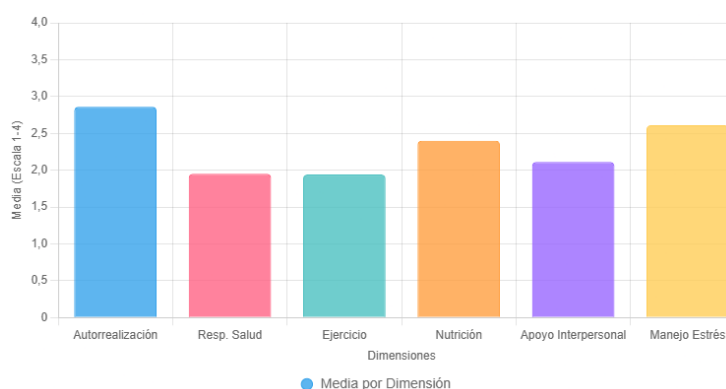


Figura 2. Medias por Dimensión en Estilo de Vida de Promotoras de Salud

En resumen, la figura 2 de barras permite una rápida comprensión de las principales fortalezas y debilidades de las promotoras de salud. Visualmente, se aprecia que, mientras el autocuidado físico es una debilidad, los factores emocionales y sociales son su principal fuente de resiliencia (auto, año).

Sobre el focus group su información y resultados se han abordado en tres (3) bloques:

Bloque 1: Predisposición y Burnout

- Expresan motivación y cansancio a la vez, sobre todo las mayores, reconocen que está bien de que se les extienda un incentivo económico por su participación.
- Explican que no es tanto que no se cuiden, o que desconozcan, sino de que no encuentran espacios y servicios de atención, de nutricionistas, psicólogas y enfermeras.
- Su único mecanismo de “relajarse” es encontrarse entre ellas, hacer reuniones entre amigas.
- Mas que cansancio, es difícil olvidar los casos que encuentran de abandono a los adultos mayores, de insalubridad en que viven las familias que visitan, de sus conflictos familiares, eso es lo que les agobia, se sienten

impotentes de hacer algo en esos casos, niños y niñas abandonadas, abuelitos que tienen que velar por ellos.

Bloque 2: Prácticas y Expectativas

- Están dispuestas en continuar con sus prácticas preventivas, si bien pareciese que la gente no cambia, por ejemplo siempre encontramos depósitos de agua y flores en los cementerios pero igual, siguen.
- Esta bien que se les dé un incentivo, aunque es poco para las metas que les dan, pero igual, continúan, y sirve a muchas de ellas.
- Sus expectativas es que continúen los incentivos y se amplíen los meses en que sean consideradas.
- Que se tenga en cuenta sus trayectorias como promotoras de salud.
- Es cierto que algunas jóvenes, pueden avanzar más, pero igual, continúan.

Bloque 3: Aportes Integradores

- Lo complicado es que las madres visitadas cumplan con lo que se les indica en cuanto a sus cuidados y la lactancia materna

En la aproximación teórica con teoría fundamentada, se ha profundizado en los siguientes significados:

Significado 1: Desarrollar servicios de cuidados

- Frente al burnout encontrado, es necesario desarrollar e incorporar servicios de cuidado de enfermería, que se cofinancien entre la cooperación internacional, el presupuesto público y las asociaciones de promotoras de salud.
- El desarrollo de estos servicios debe partir de la Dirección Regional de Salud, en colaboración con las escuelas de enfermería, nutricionistas, entre otros y los colegios profesionales respectivos.
- Estos servicios, deben proyectarse hasta el momento en que se aseguren una inducción a las/los actores sociales (AS), en términos de manejo de técnicas e instrumentos de asegurar efectividad en la tutoría y consejería a madres gestantes.

Significado 2: Continuidad de la intervención social

- Los gobiernos locales deben asegurar su continuidad de este tipo de intervenciones sociales de tutoría y consejería a madres gestantes, ampliándolo a desarrollo infantil temprano.
- Los gobiernos locales deben propiciar la gestión e implementación de guarderías infantiles y jardines que cuenten con estos servicios de desarrollo infantil temprano, en las que participen las promotoras voluntarias de salud.

- Institucionalizarse en la gestión municipal, el servicio de consejería en desarrollo infantil temprano que se inicie desde la madre gestante.
- Incorporar en la gestión municipal, un estilo de gerenciar la intervención social administrando las condicionantes gestionables para alcanzar mayores niveles de efectividad en el cumplimiento e implementación de la gestante sobre las recomendaciones que se les imparte.

Significado 3: Mejoramiento de los servicios clínicos

- Los servicios de salud para las voluntarias debe ser una realidad en el marco de la universalización de los mismos, pero que no sean tan largos los tiempos de espera en cuanto a las citas.

4. Discusión

El presente artículo basado en la investigación, sobre el voluntariado de salud y su perspectiva en la intervención social sobre cuidados de las madres gestantes como vía a afrontar la lucha contra la anemia, desde el recién nacido, revela hallazgos que enriquecen el entendimiento de la gestión territorial de la atención primaria de salud (APS) en contextos peruanos vulnerables, como los distritos de El Porvenir y Laredo.

Los resultados, derivados de encuestas, focus group y revisión documental, interpretados vía Teoría Fundamentada Constructivista (TFC), destacan brechas en estilos de vida y necesidades espirituales de las promotoras voluntarias de salud; así como de tensiones en la integración de promotoras voluntarias con prioridad para ser “contratadas” y “remuneradas” por los gobiernos locales.

Esta discusión se organiza en tres líneas: a) el modelo actual de gestión territorial de la salud y experiencias en APS; b) significados relevantes del estado y experiencia de promotoras voluntarias, ACS, AL y su incentivo económico; y c) propuesta de un nuevo modelo basado en la gerencia del valor público y el desarrollo organizacional con participación comunitaria. Estos ejes se alinean con el hexágono metaparadigmático de Alligood (2022), que interconecta filosofía enfermera con aplicaciones prácticas para optimizar resultados sociales en APS territorial, conforme a criterios de Caballero Romero (2014) sobre deficiencias en la Cadena de Valor Público (CVP) (CONEP, 2025)

a. Significados sobre Experiencias de APS y modelo de GTS

La gestión territorial de la salud, impulsado por el MINSA, busca la intersectorialidad y participación comunitaria para abordar determinantes sociales, según la Directiva Administrativa N° 329-MINSA/DGAIN-2022 (Ministerio de Salud, 2022). Esta norma establece las Redes Integradas de Salud (RIS) para mejorar el acceso equitativo y alinea la rectoría con las Direcciones

Regionales de Salud (DIRESA). Sin embargo, la investigación detecta limitaciones en la implementación. En Laredo, el focus group revela incumplimientos en la institucionalización municipal, donde las intervenciones se reducen a "cumplimiento de metas presupuestales" sin una lógica integral, lo que arriesga su continuidad.

Comparativamente, si bien el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025-2030 del MINSA refuerza la equidad territorial y la promoción de la salud, la evidencia muestra vacíos en la articulación con la sociedad civil, como el desplazamiento de la cooperación internacional. Finalmente, aunque ejemplos como la presentación de Huamán Brizuela (2024) ilustran la aplicación práctica de la gestión territorial, los resultados de la encuesta indican deficiencias en la ejecución: los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) presentan altos niveles de burnout emocional (media 45/66), lo cual limita el impacto de estas intervenciones sociales.

b. Significados de experiencia de voluntarias y el incentivo económico.

Los significados y experiencias de las promotoras de salud revelan una "paradoja comunitaria": una alta dedicación intrínseca (con una media de 4.2/5 en sentido de propósito) contrasta con vulnerabilidades personales, como un alto burnout emocional (media 45/66) y necesidades espirituales no cubiertas, mitigadas por el apoyo interpersonal. Cualitativamente, las promotoras perciben la transición a Agentes Sociales (AS) remunerados como una oportunidad de "empleabilidad", aunque esto genera tensiones por las preferencias políticas (70% de respuestas), distorsionando su rol original. El incentivo económico es ambivalente: es un motivador para el dinamismo, pero también una fuente de politización que erosiona el voluntariado puro (décadas 1980-1990).

Esta experiencia resuena con teorías de nivel medio mencionadas anteriormente como la Teoría del Cuidado de Kristen M. Swanson (1991), que enfatiza "estar con" y "habilitar" para la resiliencia. Y la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba (1994), aplicable a la atención de sus necesidades espirituales.

A pesar de que el MINSA prioriza la participación comunitaria en el PEI 2025-2030, el incumplimiento en la implementación de las RIS limita el empoderamiento de las ACS. Estos hallazgos son relevantes para remediar las brechas en autocuidado de las promotoras.

c. Significados sobre el desarrollo organizacional y participación de las voluntarias.

La propuesta de un nuevo modelo de gestión territorial de la salud emerge de la TFC como "integración resiliente de roles voluntarios", basada en la gerencia del valor público (GPV) y el desarrollo organizacional para potenciar participación de promotoras. Este modelo enriquece el actual incorporando el gerenciamiento de condicionantes de los casos de incumplimientos en que las madres gestantes no implementan las recomendaciones que se les imparte (CONEP, 2025).

El desarrollo organizacional enfatiza resiliencia en organizaciones de promotoras mayores, fomentando mediación para nuevas participantes motivadas por el incentivo económico, alineado con teorías conceptuales como el modelo de adaptación de Roy (2009). La participación se fortalece vía GPV, incorporando aportes normativos del PEI 2025-2030 y Directiva RIS para equidad territorial (Ministerio de Salud, 2025; 2022). Comparado con experiencias de Otálvaro Gabriel (2017), el nuevo modelo ressignifica desafíos en entornos contradictorios, mientras Huamán Brizuela (s.f.) proporciona base para determinantes sociales en lactancia materna.

Un nuevo modelo, generado a partir de la Teoría Fundamentada Constructivista (TFC), tendría en cuenta los siguientes componentes:

Tabla 2. Componentes de Integración Resiliente de Roles Voluntario en APS

Componente Clave	Descripción	Rol en la Gestión Territorial
Núcleo: Resiliencia Holística	Alta predisposición y propósito, a pesar del burnout. Fortalecida por el Apoyo Interpersonal y la Espiritualidad (factores protectores clave).	Actúa como mediador para mitigar el agotamiento y asegurar la continuidad del voluntariado.
Proceso: Transiciones Mediadas	Paso del voluntariado puro a ACS remunerados/contratados por gobiernos locales. Dinamizado por el interés en el bono, pero barrera por la percepción de politización y preferencias municipales.	Gestionar las tensiones, utilizando el dinamismo organizativo como un facilitador para la captación de nuevas voluntarias.
Contexto Normativo Intersectorial	PEI 2025-2030 y Directiva RIS (MINSA) como marcos orientadores. Requiere la institucionalización presupuestal y planificación real por Gobiernos Locales (superando el "cumplimiento de metas").	Proporcionar la estructura y los recursos para la escalabilidad y la equidad territorial.
Enfoque: Gerencia del Valor Público (EVP-CBS)	Permite transitar de la CVP (actividades/productos) a Resultados Sociales Relevantes (RSR) e impactos en determinantes sociales.	Asegura que la acción triangular tenga legitimidad, replicabilidad y escalabilidad en la APS territorial.

Una aproximación teórica de un modelo de gestión territorial de la atención primaria de la salud, debe considerar a. los componentes de integración resiliente de roles voluntarios, b. el gerenciamiento de condicionantes gestionable de la implementación efectiva de las consejerías, c. la reducción de los tiempos de espera entre cada una de las citas de las madres gestantes, y d. la institucionalización de los servicios de cuidados de enfermería, tanto para el voluntariado, así como para las madres en su estado de gestantes, parturientas y cuidadoras, y para el RN hasta sus primeros tres años.



Figura 2. Aproximación Teórica de un Modelo de Gestión Territorial de la Salud

5. Conclusión

Partiendo de los hallazgos empíricos → significados emergentes → aproximación teórica → recomendaciones estratégicas, se concluye que:

- El estudio permitió analizar la predisposición y el estado emocional de las promotoras voluntarias de salud, identificándose una paradoja comunitaria caracterizada por una alta motivación intrínseca (media 4.2/5 en sentido de propósito) coexistiendo con una elevada prevalencia del síndrome de burnout emocional (media 45/66 en el Maslach Burnout Inventory).
- El autocuidado físico fue identificado como la principal vulnerabilidad, particularmente en las dimensiones de Ejercicio y Responsabilidad en Salud, mientras que el apoyo interpersonal y la espiritualidad se confirmaron como los factores protectores más significativos y fuentes esenciales de resiliencia.

- Se interpretaron los significados de las prácticas y expectativas de las promotoras en su transición desde el voluntariado tradicional hacia roles “remunerados” como ACS o ALS, destacándose tensiones vinculadas a la percepción de “politización” y a una transición que “linda con la empleabilidad”, lo que distorsiona el sentido original del voluntariado.
- El incentivo económico adquiere significados ambivalentes: por un lado, funciona como un motivador que dinamiza la organización e integra a nuevas participantes; por otro, genera tensiones internas frente a percepciones de favoritismos o preferencias desde la gestión municipal.
- Se identificaron brechas críticas en la implementación de las intervenciones municipales, particularmente la tendencia a reducir los programas a meros cumplimientos de metas presupuestales, sin una lógica institucional integral ni sostenibilidad en el tiempo, lo cual limita la legitimidad, escalabilidad y efectividad del modelo.
- A partir de los hallazgos cualitativos y cuantitativos, se logró deslizar una aproximación teórica al modelo de gestión territorial de la salud, incorporando tres pilares: a. la integración resiliente de roles voluntarios, b. la continuidad de la intervención social desde los gobiernos locales, y c. la incorporación del gerenciamiento de condicionantes gestionables en la efectividad del cuidado a la gestante, la lactancia materna y el recién nacido, y la implementación por parte de esta, de lo que se imparte en las consejerías, en su estado de gestante, parturienta y cuidadora.
- Derivado de la evidencia, se considera necesario diseñar e implementar intervenciones específicas para fortalecer el autocuidado físico y la salud espiritual de las promotoras, dado que estas áreas representan puntos críticos para la sostenibilidad del rol comunitario.
- Es pertinente institucionalizar redes de apoyo interpersonal, dado que funcionan como un factor protector clave frente al desgaste emocional, facilitando espacios de encuentro, acompañamiento y cohesión comunitaria. E implementar estrategias de “dinamismo organizativo”, especialmente mediante la capacitación de líderes de promotoras mayores en técnicas de mediación y mentoría, con el fin de canalizar el interés generado por el incentivo económico hacia un voluntariado comunitario auténtico y efectivo.
- El modelo requiere de institucionalizar la inversión en salud comunitaria desde los gobiernos locales, incorporando la promoción de la salud y el acompañamiento a ACS/ALS en los PDLC, los presupuestos participativos y la planificación anual, evitando intervenciones aisladas o de corta duración.

- Finalmente, se resalta la pertinencia de aplicar la Gerencia del Valor Público (GVP) en el monitoreo y control que ejerce la DIRESA, lo que implica gestionar Resultados Sociales Relevantes (RSR), como la mejora en lactancia materna exclusiva y la reducción de anemia y desnutrición, superando enfoques centrados únicamente en actividades o productos.

6. Referencias

- Alligood, M. R. (2022). Modelos y teorías en enfermería (10ª ed.). Elsevier.
- Caballero Romero, A. (2014). Metodología integral innovadora para planes y tesis. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Charmaz, K. (2014). Constructing grounded theory (2ª ed.). Sage.
- CONEP (2025). Congreso Nacional de Economistas CONEP 2025. Concurso Nacional de Investigación Económica. Artículo ganador: Economía de valor público para cerrar brechas sociales: Marco conceptual, enfoque, modelo, estrategia, metodología e instrumental. Autor: Econ. Mario Chuquimango Viches.
- Huamán Brizuela, H. E. (s.f.). Gestión territorial para el abordaje de los determinantes sociales de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Ministerio de Salud.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb02021.x>
- Ministerio de Salud. (2022). Directiva Administrativa N° 329-MINSA/DGAIN-2022: Conformación de Redes Integradas de Salud - RIS. MINSA.
- Ministerio de Salud. (2025). Plan Estratégico Institucional 2025-2030. MINSA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020. <https://www.who.int/es/publications/b/53778>
- Otálvaro Gabriel, J. (2017). Gestión territorial de la salud: perspectivas, aprendizajes y aportes a la práctica. Universidad de Antioquia.
- Raile, P. (2023). Multiple psychotherapeutic approaches and perspectives on eco-anxiety. *Frontiers in Psychology*, 14, 1162616.
- Roy, C. (2009). The Roy adaptation model (3ª ed.). Pearson.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166. <https://doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>

Cómo citar:

Rodríguez Argomedo, M.L. (2026). Significados Emergentes para un Modelo de Gestión Territorial de la Salud desde el Voluntariado de Base y las Competencias de Enfermería. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 5(1), e894. <https://doi.org/10.57188/RICSO.2026.981>