

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

**CAUSADA POR
NEUMONÍA**



Gladys Maruja Torres Condori
Karen Alexandra Samanez Torres
César Iván Rojas Jara
Vilma Eneida Palpa Inga



Gladys Maruja Torres Condori

Correo: d02360070@uancv.edu.pe

Perfil: Licenciada en Enfermería, doctora en Ciencias Salud Colectiva, maestra en Ciencias Salud Pública, especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria, especialidad en Planificación y Administración de Servicios de Salud, maestra en Educación con mención en Investigación y Docencia en Educación Superior. Docente invitada en posgrado en la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa y la Universidad Nacional del Altiplano Puno; áreas de epidemiología, salud pública, gestión y gerencia de servicios de salud, gestión de recursos humanos en salud, salud familiar y comunitaria, salud ocupacional y seguridad en el trabajo, epidemiología laboral, historia de la salud, emergencias y desastres, políticas públicas en salud e investigación.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5861-0392>

Afiliación: Universidad Néstor Cáceres Velásquez

Karen Alexandra Samanez Torres

Correo: karensamanez200@gmail.com

Perfil: Maestra en Salud Pública

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6808-9537>

Afiliación: Universidad Néstor Cáceres Velásquez

César Iván Rojas Jara

Correo: crojas@undac.edu.pe

Perfil: Doctor en Ciencias de la Salud y Salud Pública; magíster en Educación con mención Docencia en Educación Superior; licenciado en Enfermería; bachiller en Ciencias de la Salud. Es especialista en Metodología de Investigación Científica y en SPSS aplicado a la investigación.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9745-8303>

Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión

Vilma Eneida Palpa Inga

Correo: eneidapalpa@gmail.com; vpalpa@undac.edu.pe

Perfil: Obstetra. Especialista en Alto riesgo obstétrico. Magíster en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Docente Asociada de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia – Tarma.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0608-6012>

Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

Gladys Maruja Torres Condori

Karen Alexandra Samanez Torres

César Iván Rojas Jara

Vilma Eneida Palpa Inga



Todas nuestras publicaciones son sometidas a revisión doble-ciego de pares académicos (*Peer Review Double Blind*).

Esta publicación cuenta con licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN: 978-607-8960-08-8

© Gladys Maruja Torres Condori
© Karen Alexandra Samanez Torres
© César Iván Rojas Jara
© Vilma Eneida Palpa Inga

2023

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10451753>

© Editorial Tercer Sol

www.editorialtercersol.com

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.

Diseño de carátula y composición: Editorial Tercer Sol

Edición electrónica: Editorial Tercer Sol

Editado en México/ *Published in Mexico*

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

Gladys Maruja Torres Condori

Karen Alexandra Samanez Torres

César Iván Rojas Jara

Vilma Eneida Palpa Inga



ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE TABLAS.....	12
INTRODUCCIÓN	14

PARTE I

ASPECTOS CONCEPTUALES	16
-----------------------------	----

CAPÍTULO I

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	17
---------------------------------	----

1.1. Definición de participación y de comunidad.....	17
1.2. Participación comunitaria	20
1.3 Participación comunitaria en el desarrollo sanitario	22
1.3.1. Salud	24
1.3.2. Atención primaria de salud	26
1.3.3. Promoción de la salud.....	28
1.4. Niveles de la participación comunitaria en salud (PCS)	31
1.5. Funciones de la PCS.....	33
1.6. Proceso de participación comunitaria.....	35
1.7. Finalidad de la PCS.....	36

1.8. Instrumentos para la PCS.....	38
1.9. Líderes de la comunidad.....	40

CAPÍTULO II

NEUMONÍA INFANTIL Y SU TASA DE MORTALIDAD	43
---	----

2.1. Neumonía infantil.....	43
2.1.1. Definición	44
2.1.2. Síntomas.....	46
2.1.3. Clasificación en menores de 2 meses.....	48
2.1.4. Clasificación para menores entre 2 meses y 4 años.....	50
2.1.5. Factores de riesgo	52
2.2. Tasa de mortalidad infantil	53
2.2.1. Definición	54
2.2.2. Estadísticas en Latinoamérica y el Perú	55
2.2.3. Estadísticas en Latinoamérica y el Perú asociadas a la neumonía en menores de 5 años.....	57

PARTE II

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ACTIVA Y LA TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA INFANTIL EN LA REDESS LAMP 2004-2007	60
--	----

CAPÍTULO III

NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS CONTEXTO PERUANO EN EL PERÚ.....	61
---	----

3.1. Epidemiología de la neumonía infantil en el Perú.....	61
--	----

3.2. Situación y condiciones socioambientales de la población	66
3.3. Objetivos de la investigación.....	68
3.3.1. Objetivo general	68
3.3.2. Objetivos específicos	69
3.4. Diseño y tipo de investigación	69
3.5. Técnicas e instrumentos de investigación	74

CAPÍTULO IV

DETECCIÓN PRECOZ DE NEUMONÍA POR PROMOTORES DE SALUD EN EL PERÚ	76
--	----

4.1. Roles de los agentes comunitarios en las REDESS LAMPA.....	76
4.2. Nivel de conocimiento de los líderes de la comunidad sobre la neumonía	78
4.3. Nivel de percepción actitudinal que tienen los líderes de la comunidad.....	80
4.3.1. Necesidades	80
4.3.2. Liderazgo.....	82
4.3.3. Gestión	83
4.3.4. Organización.....	85
4.3.5. Movilización de recursos	86
4.3.6. Participación comunitaria	88
4.4. Discusión y conclusiones.....	89
4.4.1. Discusión de los resultados.....	89
4.4.2. Conclusiones.....	94
4.4.3. Recomendaciones.....	95

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE MODELO LÓGICO CAUSAL.....	96
5.1. Justificación.....	96
5.2. Viabilidad de la propuesta	97
5.3. Objetivos y metodología.....	98
5.3.1. Objetivo General	98
5.3.2. Objetivos Específicos	98
5.3.3. Metodología.....	99
5.4. Descripción del modelo lógico.....	99
5.5. Tiempo de ejecución.....	104
5.6. Cronograma de actividades	104
5.7. Plan de análisis.....	105
5.7.1. Instrumentos a utilizar:.....	105
5.8. Indicadores de monitoreo	106
5.8.1. Indicadores	106
5.8.2. Listado de Indicadores de Proceso y Resultado	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Episodios y defunciones por neumonía en menores de 5 años según grupo de edad, Perú 2017 – 2023..... 62

Figura 2

Número de episodios de neumonía en menores de 5 años por SE, Perú 2021 – 2023 64

Figura 3

Incidencia acumulada de episodios por neumonía en menores de 5 años según departamentos, Perú 2023 65

Figura 4

Diagrama de identificación de los roles de los agentes comunitarios de la Redess Lampa..... 78

Figura 5

Percepción de los líderes de la comunidad al deber de informar a los servicios de salud sobre problemas puntuales identificados por demanda espontánea 81

Figura 6

Percepción de los líderes de la comunidad al ser reconocidos por los servicios de salud por el desempeño en la disminución de la neumonía 82

Figura 7

Percepción de los líderes de la comunidad por convocar a la población a participar en actividades masivas programadas por los servicios de salud 84

Figura 8

Percepción de los líderes de la comunidad sobre la elección democrática de sus representantes 85

Figura 9

Percepción de los líderes de la comunidad sobre la recepción pasiva de los recursos que el MINSA da para disminuir la mortalidad por neumonía 87

Figura 10

Expectativa de los líderes de la comunidad para que no se enfermen ni mueran los niños por neumonía 88

Figura 11

Propuesta de participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por neumonía: modelo lógico causal 101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Establecimientos de salud REDESS LAMPA 2003..... 72

Tabla 2

Identificación de los roles que realizan los agentes comunitarios de la REDESS LAMPA..... 76

Tabla 3

Nivel de conocimiento de los líderes de la comunidad sobre la neumonía en el ámbito que comprende la Redess Lampa 79

Tabla 4

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad deben informar al servicio de salud sobre los problemas puntuales identificados en la comunidad?..... 80

Tabla 5

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad deben informar al servicio de salud sobre los problemas puntuales identificados en la comunidad?..... 82

Tabla 6

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad deben convocar a la población a participar en actividades masivas programadas por los servicios de salud?..... 83

Tabla 7

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad deben ser elegidos democráticamente por la población?..... 85

Tabla 8

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad reciben pasivamente los recursos que el MINSA les da para disminuir la mortalidad por neumonía?..... 86

Tabla 9

A la pregunta: Como líder de la comunidad, ¿creo que para que no se enfermen ni mueran los niños por neumonía depende de la participación activa de los padres y líderes?..... 88

Tabla 10

Promedio global de los roles y participación comunitaria activa de los líderes de la comunidad 92

Tabla 11

Promedio global de los roles y participación comunitaria activa de los líderes de la comunidad 102

Tabla 12

Cronograma de actividades..... 104

Tabla 13

Indicadores de proceso..... 107

Tabla 14

Indicadores de resultado..... 109

INTRODUCCIÓN

La neumonía infantil es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años a nivel mundial, y su impacto es especialmente pronunciado en regiones geográficas y comunidades con condiciones socioambientales desafiantes. Este estudio se centra en la provincia de Lampa, situada en el departamento de Puno, en la región altiplánica de Perú, una zona geográficamente remota y caracterizada por condiciones climáticas extremas y una población predominantemente de origen quechua. Estos factores geográficos y culturales han contribuido a la persistencia de la neumonía como un problema de salud importante en esta región.

La investigación aborda temas como la situación y condiciones socioambientales de la provincia, la epidemiología de la neumonía infantil en el Perú, la participación comunitaria en el desarrollo sanitario, la atención primaria de salud, la promoción de la salud, los niveles y funciones de la participación comunitaria en salud, el proceso y finalidad de dicha participación, los instrumentos disponibles, el rol de los líderes comunitarios, la neumonía infantil, su definición, síntomas, factores de riesgo y clasificación, así como la tasa de mortalidad infantil, su definición y estadísticas en Latinoamérica y Perú.

Además, se analiza la participación comunitaria activa en la Red de Salud de Lampa durante el periodo 2004-2007, abarcando el contexto de la neumonía infantil en el Perú, la detección precoz por promotores

de salud y la discusión y conclusiones del estudio. Finalmente, se plantea una propuesta de modelo lógico causal como parte de la investigación, la cual se centra en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2007, y tiene como objetivo general definir la participación comunitaria activa de los líderes de la comunidad en la disminución de la tasa de mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años en la Red de Salud de Lampa. Los objetivos específicos incluyen la identificación de los roles de los agentes comunitarios, la evaluación del conocimiento de los líderes de la comunidad sobre la neumonía infantil y la percepción actitudinal de los líderes sobre el problema de la neumonía.

El diseño de la investigación es cuantitativo y se centra en un enfoque exploratorio descriptivo que involucra la revisión retrospectiva de datos e información histórica. La muestra se compone de agentes comunitarios de salud y líderes de comunidades en la jurisdicción de la Red de Salud de Lampa.

La comprensión de la participación comunitaria y el conocimiento de los líderes en la reducción de la mortalidad por neumonía son fundamentales para informar estrategias de salud pública efectivas y contribuir a la mejora de la salud infantil en esta región geográfica y culturalmente única. Este estudio busca abordar la complejidad de la neumonía infantil en un contexto específico y ofrecer información valiosa para la toma de decisiones en salud y el diseño de intervenciones preventivas y de atención.

PARTE I

ASPECTOS CONCEPTUALES

CAPÍTULO I

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

1.1. Definición de participación y de comunidad

La participación comunitaria en salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un concepto que va más allá de la mera inclusión de la comunidad en la toma de decisiones sobre su salud. Implica un compromiso activo y constante de la comunidad con el cuidado y promoción de la salud, donde los individuos y las familias asumen la responsabilidad no solo de su propio bienestar, sino también del bienestar colectivo (OMS, 2022). Este compromiso va más allá de las palabras y se traduce en la capacidad de contribuir al desarrollo sanitario tanto a nivel individual como comunitario.

La participación se puede entender como un proceso organizado, colectiva, libre, incluyente y voluntaria, que permite involucrar a la población en la toma de decisiones relacionada con su desarrollo integral. Es fundamental destacar que este proceso debe ser inclusivo, es decir, debe dar cabida a la diversidad de voces y perspectivas dentro de la comunidad (Licha y Molina,

2020). En el contexto de la salud, la participación comunitaria permite que los individuos tengan voz y voto sobre los problemas que afectan su bienestar y el de sus comunidades. Esto los convierte en gestores activos de su propio desarrollo en el ámbito de la salud (MINSA, 2017).

En cuanto al concepto de comunidad, la OMS (2022) la define como un grupo específico de personas unidas por elementos comunes, que pueden incluir la ubicación geográfica, la situación social, los intereses compartidos o la identidad cultural. Las comunidades se caracterizan por establecer relaciones de cooperación para alcanzar objetivos compartidos y desarrollar soluciones colectivas para abordar sus necesidades. Es importante comprender que las comunidades pueden ser diversas y heterogéneas, y esta diversidad es un activo valioso en el contexto de la participación comunitaria en salud.

La participación comunitaria en salud es un proceso que busca empoderar a las comunidades para que puedan ejercer un control efectivo sobre los factores determinantes de su salud y bienestar. Para lograrlo, se requiere de una integración activa y democrática de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas y programas sanitarios (Hernández et al., 2015). Esto significa que las decisiones sobre la salud no se toman de forma unilateral desde arriba, sino que se construyen de manera colaborativa y participativa, teniendo en cuenta las necesidades y realidades locales.

Un elemento clave de la participación comunitaria es el control ciudadano, que permite a la población supervisar la gestión de los servicios de salud y exigir la rendición de cuentas a las autoridades. Esto garantiza la transparencia y la responsabilidad en la prestación de servicios de salud. Además, se destaca la importancia de la articulación de recursos comunitarios para complementar los servicios de salud y abordar necesidades específicas a nivel local (MINSA, 2017). La colaboración entre la comunidad y los servicios de salud puede marcar una diferencia significativa en la efectividad de las intervenciones (Hernández et al., 2015).

La OMS (2022) subraya que la participación comunitaria es un derecho y una responsabilidad colectiva que contribuye a reducir las inequidades en salud. Al permitir que las comunidades participen activamente en la toma de decisiones, se puede abordar de manera más efectiva las disparidades en el acceso y la calidad de la atención médica. Esto es esencial para lograr una sociedad más equitativa en términos de salud.

La participación comunitaria en salud implica que la población se convierta en el protagonista de las políticas y acciones orientadas a proteger y mejorar el bienestar colectivo. Requiere de un compromiso conjunto de las autoridades, los profesionales sanitarios y los miembros de la comunidad. Una comunidad empoderada y movilizada puede influir positivamente en los determinantes sociales y ambientales de la salud. Además, la participación comunitaria fomenta relaciones horizontales y un modelo de salud integral, centrado en las necesidades individuales y colectivas. Permite aprovechar de manera más efectiva los recursos locales y desarrollar intervenciones culturalmente adecuadas (Hernández et al., 2015). Cuando la comunidad es corresponsable de las decisiones en salud, se generan procesos más democráticos, equitativos y sostenibles (Licha y Molina, 2020).

En última instancia, la participación comunitaria en salud es un proceso que fortalece la capacidad de las comunidades para gestionar su propio bienestar. Requiere una interacción activa entre el sistema de salud y la población, con roles diferenciados pero complementarios. La participación puede desempeñar un papel significativo en la reducción de las desigualdades a través de políticas y acciones sanitarias inclusivas. Este enfoque centrado en la comunidad tiene el potencial de transformar positivamente la prestación de servicios de salud y mejorar la calidad de vida de las personas (OMS, 2022; Licha y Molina, 2020; Hernández et al., 2015).

1.2. Participación comunitaria

La participación comunitaria en salud se consolida como un proceso social de gran envergadura que convoca la acción colectiva de los ciudadanos en el cuidado y promoción de la salud de sus comunidades (MINSA, 2017). Este proceso trasciende la mera inclusión de la población, ya que implica la integración consciente y activa de la comunidad en la toma de decisiones sobre políticas, programas y acciones que influyen directamente en la salud colectiva (Hernández et al., 2015). Es un pilar fundamental en la construcción de sistemas de salud más efectivos y equitativos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) subraya que la participación comunitaria permite a los individuos y grupos sociales tener un mayor control sobre su propia salud. Esta premisa se basa en principios sólidos de solidaridad, inclusión y empoderamiento de la población, con el fin de transformar positivamente los determinantes sociales de la salud. La participación comunitaria se orienta a mejorar las condiciones y modos de vida mediante la acción colectiva, asegurando que la población sea protagonista activa de su propio desarrollo y no simplemente una receptora pasiva de programas de salud (MINSA, 2017). Para llevar a cabo este enfoque participativo, es esencial promover un trabajo conjunto entre autoridades, profesionales de la salud y ciudadanos.

La participación comunitaria se manifiesta en distintos niveles, de acuerdo con Hernández Aguado et al. (2015) y OPS (2022). Estos niveles abarcan:

- **Información:** difusión de datos sobre salud para que la población conozca sus derechos y deberes.
- **Consulta:** obtención de opiniones y percepciones de la comunidad sobre temas de salud.
- **Colaboración:** cooperación de la población en actividades y programas de promoción de la salud.

- **Corresponsabilidad:** compartir responsabilidades y tomar decisiones conjuntas entre autoridades y población.
- **Empoderamiento:** desarrollo de capacidades colectivas para lograr autonomía en salud.

Entre las funciones trascendentales de la participación comunitaria destacan (MINSA, 2017):

Contribuir a identificar prioridades y necesidades locales de salud, asegurando que las políticas de salud se ajusten a la realidad y las demandas de la comunidad.

Formular propuestas para mejorar las políticas y servicios de salud, lo que implica un diálogo continuo entre la comunidad y las autoridades sanitarias para adaptar y optimizar la atención.

Promover estilos de vida saludable tanto a nivel individual como colectivo, desempeñando un papel activo en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Vigilar la gestión y desempeño de los servicios públicos de salud, lo que garantiza una mayor transparencia y rendición de cuentas de las instituciones de salud.

Articular recursos comunitarios para complementar la atención de salud, aprovechando los recursos locales y fomentando la solidaridad y el apoyo mutuo en la comunidad.

Defender el derecho a la salud y el acceso equitativo a servicios de calidad, abogando por una atención sanitaria inclusiva y de alta calidad.

La OPS (2022) destaca que, para lograr una participación comunitaria efectiva, se requieren ciertas condiciones habilitantes. Estas incluyen la voluntad política de las autoridades para promover y respaldar la

participación de la comunidad, un marco legal apropiado que garantice los derechos y responsabilidades de todos los involucrados, recursos suficientes, información accesible y transparente, espacios de encuentro comunitario que fomenten el diálogo y la colaboración, y el desarrollo de capacidades colectivas que empoderen a la población en la toma de decisiones sobre su salud.

En resumen, la participación comunitaria es una estrategia clave para promover el derecho a la salud, reducir inequidades y avanzar hacia la cobertura universal en salud. Permite aprovechar mejor los recursos locales, empoderar a la población y desarrollar acciones de salud culturalmente pertinentes. Es un proceso que debe construirse progresivamente sobre la base de relaciones de confianza, compromiso mutuo y revalorización de los saberes populares. La participación comunitaria no solo mejora la salud de la población, sino que también fortalece la cohesión social y la democracia en la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

1.3 Participación comunitaria en el desarrollo sanitario

La participación comunitaria desempeña un papel fundamental en la promoción del desarrollo sanitario y en la mejora de las condiciones de salud de la población. Se trata de un proceso que implica la integración activa de las comunidades en todas las etapas de la planificación, ejecución y evaluación de políticas y programas de salud (MINSA, 2017). Esta participación no solo es un componente esencial de la Atención Primaria de Salud (APS) y la Promoción de la Salud, sino que también se reconoce como un derecho y una responsabilidad compartida entre todas las partes interesadas involucradas en el ámbito de la salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la participación comunitaria en el campo de la salud conlleva una serie de ventajas sustanciales. En primer lugar, permite el aprovechamiento óptimo de los recursos locales, lo que significa que se pueden utilizar de manera más eficiente los conocimientos y las infraestructuras

disponibles en la comunidad para abordar los problemas de salud. Esto a su vez contribuye a la sostenibilidad de las intervenciones y reduce la dependencia de recursos externos.

Además, la participación comunitaria facilita el desarrollo de intervenciones culturalmente aceptables y sostenibles. Al involucrar a la comunidad en la toma de decisiones, se garantiza que las estrategias de salud sean culturalmente pertinentes y respeten las creencias y prácticas locales. Esta adaptación cultural no solo mejora la aceptación de las intervenciones, sino que también contribuye a su sostenibilidad a largo plazo.

Otro aspecto clave es el empoderamiento de la población. La participación comunitaria brinda a las personas la oportunidad de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su propio bienestar (OMS, 2021). Al participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con la salud, las comunidades pueden influir en la dirección de las políticas y programas de salud, lo que a su vez les permite abordar de manera más efectiva las condiciones que impactan su salud.

La participación comunitaria no solo tiene ventajas a nivel local, sino que también contribuye al desarrollo sanitario en un sentido más amplio. En este sentido, la implementación efectiva de la participación comunitaria requiere la construcción de relaciones de confianza sólidas entre el sistema de salud formal y las comunidades. Esto implica un diálogo abierto y transparente, así como la consideración de las perspectivas y necesidades de la comunidad en la toma de decisiones.

Asimismo, se enfatiza la necesidad de desarrollar capacidades colectivas en la comunidad. Esto se traduce en empoderar a la población para que puedan participar de manera efectiva en la planificación y ejecución de intervenciones de salud. La construcción de capacidades comunitarias fortalece la habilidad de la comunidad para abordar sus propias necesidades de salud de manera autónoma.

Finalmente, se subraya la importancia de crear entornos habilitantes que faciliten la participación sustantiva de los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones relacionados con la salud. Estos entornos incluyen políticas y marcos legales que respalden la participación, así como la disponibilidad de información accesible y la creación de espacios de encuentro comunitario que promuevan el diálogo y la colaboración.

De tal manera, la participación comunitaria en salud es un enfoque esencial que aporta múltiples beneficios para impulsar el desarrollo sanitario, mejorar la calidad y sostenibilidad de los programas de salud, reducir inequidades y empoderar a la población (OMS, 2021; MINSA, 2017). Este enfoque, basado en la colaboración y la toma de decisiones compartidas, contribuye significativamente a la construcción de sistemas de salud más efectivos y equitativos.

1.3.1. Salud

La concepción de salud va más allá de la mera ausencia de enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). En este enfoque, la salud se entiende como un estado de bienestar que abarca dimensiones físicas, mentales y sociales, y está intrínsecamente ligado a una multiplicidad de factores que incluyen lo social, lo económico, lo cultural y lo ambiental.

La OMS (2021) enfatiza que la participación de la comunidad desempeña un papel fundamental en la modificación de los determinantes sociales de la salud y en la implementación de acciones integrales de promoción de la salud y prevención de enfermedades. A través de la participación, las comunidades pueden desempeñar un papel activo en la creación de entornos saludables, el desarrollo de redes de apoyo social y la adopción de estilos de vida que protejan la salud (MINSA, 2017).

Un cuerpo sustancial de evidencia respalda los beneficios de la participación comunitaria en diversos aspectos de la salud. Por ejemplo, investigaciones como las de Rosato et al. (2017) han demostrado que

la participación comunitaria mejora los resultados en salud materno-infantil, lo que contribuye a reducir la mortalidad y mejorar la atención de las madres y los niños. Además, la participación de la comunidad ha demostrado ser efectiva en el aumento de la adhesión a programas de control de enfermedades infecciosas, como lo sugiere la investigación de Rifkin (2020). Estos programas se benefician de la participación activa de las comunidades, que pueden contribuir a la detección temprana, la prevención y el control de enfermedades transmisibles.

La participación comunitaria también ha demostrado ser un factor importante en la reducción de factores de riesgo y mortalidad por enfermedades no transmisibles, como lo indican los hallazgos de Farzadfar et al. (2012). La adopción de estilos de vida saludables, promovida y apoyada por la participación comunitaria, contribuye a la prevención de enfermedades crónicas y a la mejora de la salud en general. Además, la participación comunitaria puede aumentar la percepción de autoeficacia en salud mental, como se ha observado en la investigación de Semrau et al. (2011), lo que es fundamental para el bienestar psicológico de la población.

La Atención Primaria de Salud (APS) se presenta como un entorno propicio para la implementación de la participación comunitaria en la promoción de la salud. La APS permite abordar de manera integral los determinantes locales de salud y enfermedad, y brinda la oportunidad de desarrollar acciones participativas en los entornos en los que vive la población (OMS, 2021). A través de la participación, las comunidades pueden identificar brechas en la APS y proponer mejoras que respondan a sus necesidades específicas, lo que favorece una atención más personalizada y efectiva.

Además, en el contexto de la Promoción de la Salud, la participación comunitaria abre la puerta al empoderamiento social, lo que permite a las comunidades transformar las condiciones de vida y trabajo que afectan la salud colectiva. A través de procesos participativos, las comunidades pueden ganar control sobre los factores que inciden en su bienestar, lo que se alinea con la visión de la OMS (2021) sobre la promoción de la salud.

En síntesis, la participación activa de las comunidades desempeña un papel esencial en la protección de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de entornos y comportamientos saludables. Esta participación permite aprovechar el conocimiento local, potenciar los recursos comunitarios y desarrollar intervenciones culturalmente aceptables. La integración de estrategias participativas en la APS y la Promoción de la Salud se vuelve indispensable para avanzar hacia una concepción integral de la salud que tenga en cuenta todos los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales del bienestar humano.

1.3.2. Atención primaria de salud

La Atención Primaria de Salud (APS) se erige como un escenario idóneo para la implementación de estrategias de participación comunitaria destinadas a mejorar la salud de la población. La APS se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), como la prestación de servicios de atención médica esenciales, accesibles y apropiados para todos los individuos y familias en una comunidad, con su plena participación en el proceso de atención. Este enfoque reconoce la importancia de involucrar a la comunidad en su propia atención de salud y en la toma de decisiones relacionadas con la misma.

La OMS (2021) destaca que la participación comunitaria constituye un componente central de la APS, ya que habilita una respuesta más efectiva a las necesidades locales, promueve la corresponsabilidad de la población en salud y potencia los recursos comunitarios. A través de la participación, las comunidades pueden identificar y priorizar sus necesidades de salud, proponer mejoras en los servicios de atención y contribuir a labores de prevención y educación para la salud.

La evidencia acumulada respalda la afirmación de que la participación comunitaria en la APS tiene efectos positivos en una amplia gama de indicadores de salud. Estudios como los de Rifkin (2020) y Rosato et al. (2017) han demostrado que la participación de la comunidad está asociada

con un aumento en el uso de servicios de salud, una mayor cobertura de inmunización, una mejora en la salud materno-infantil y un control más efectivo de enfermedades transmisibles.

En el contexto de la APS, se han desarrollado diversas estrategias para promover la participación comunitaria, y estas estrategias han demostrado ser efectivas. Estos enfoques, respaldados por el Ministerio de Salud (MINSA, 2017) y la OMS (2021), incluyen:

- **Educación para la salud:** Permitir que la comunidad participe en la definición de los contenidos y métodos educativos utilizados en la promoción de la salud. Esto no solo garantiza que la información sea culturalmente pertinente, sino que también fomenta la apropiación de los conocimientos de salud por parte de la comunidad.
- **Gestión de servicios:** Involucrar a la comunidad en la vigilancia ciudadana de los servicios de salud y en la formulación de propuestas para mejorar la calidad y accesibilidad de estos servicios. Esto no solo garantiza que los servicios se adapten a las necesidades de la población, sino que también promueve la transparencia y la rendición de cuentas.
- **Promoción de la salud:** Capacitar a líderes comunitarios como agentes de salud para llevar a cabo actividades preventivas y de promoción de la salud en la comunidad. Estos líderes pueden desempeñar un papel clave en la difusión de información y en la promoción de estilos de vida saludables entre sus pares.
- **Atención intercultural:** Integrar prácticas tradicionales de atención de salud, como la participación de parteras y terapeutas tradicionales, en la APS. Esto respeta y valora los saberes ancestrales de la comunidad y puede mejorar la aceptación de los servicios de salud.
- **Espacios participativos:** Fomentar la creación de comités de salud, mesas de concertación y otros órganos participativos que permitan a la

comunidad expresar sus opiniones y necesidades. Estos espacios promueven un diálogo constante entre los proveedores de salud y la comunidad.

En último término, la participación activa de la comunidad en la APS es fundamental para consolidar una atención primaria de salud integral, resolutive y sostenible, que responda a las especificidades socioculturales de la población. La colaboración entre el personal de salud y la comunidad es esencial para lograr resultados efectivos y una atención de salud centrada en las necesidades reales de la población.

1.3.3. Promoción de la salud

La participación comunitaria se posiciona como una pieza angular en las estrategias de promoción de la salud, las cuales se centran en dotar a las personas y comunidades de un mayor control sobre los determinantes de su salud (OMS, 2021). Este enfoque busca empoderar a las comunidades para que no solo sean beneficiarias pasivas de intervenciones de salud, sino que también participen activamente en la toma de decisiones y en la configuración de entornos que promuevan estilos de vida saludables.

La Promoción de la Salud se define como un proceso que permite fortalecer los recursos y capacidades de individuos y comunidades para incrementar el control y mejorar su estado de salud. Implica la acción coordinada entre distintos sectores sociales y políticos (OMS, 1986). En este marco, la participación comunitaria adquiere un papel fundamental, ya que permite abordar de manera integral los factores protectores y de riesgo para la salud colectiva.

La evidencia científica respalda la efectividad de las intervenciones participativas en la promoción de la salud. Por ejemplo, investigaciones como las de Rosato et al. (2017) han demostrado que las estrategias participativas contribuyen a la reducción de la desnutrición infantil. Estos enfoques se centran en empoderar a las comunidades para identificar

y abordar problemas nutricionales desde una perspectiva local y culturalmente relevante.

Además, la participación activa de la comunidad ha sido eficaz en la reducción de conductas de riesgo para la salud, como el tabaquismo y el sedentarismo, tal como lo sugiere la investigación de Farzadfar et al. (2011). En estas intervenciones, se promueve el cambio de comportamientos perjudiciales a través de la movilización de la comunidad y la adopción de estilos de vida más saludables.

La promoción de la actividad física en distintos grupos poblacionales ha sido otro objetivo exitoso de las estrategias participativas, como se observa en la investigación de Hoehner et al. (2013). La participación comunitaria fomenta la creación de entornos que favorezcan la actividad física y movilicen a la población para llevar un estilo de vida más activo y saludable. Además, se ha demostrado que las intervenciones de promoción de la salud basadas en la participación comunitaria fortalecen las redes sociales de apoyo y promueven competencias en salud mental, como lo indica la investigación de Semrau et al. (2011). Estos programas no solo mejoran el bienestar psicológico de la población, sino que también generan un mayor sentido de comunidad y apoyo entre los individuos.

Para impulsar la participación comunitaria en la promoción de la salud se han establecido diversos mecanismos, respaldados por la OMS (2021) y el Ministerio de Salud (MINSA, 2017). Estos incluyen:

- **Educación para la salud con metodologías participativas:** La educación para la salud no se limita a la transmisión de información, sino que involucra a la comunidad en la definición de contenidos y métodos educativos que sean culturalmente pertinentes y efectivos.
- **Formación de redes sociales y grupos de ayuda mutua:** Estos grupos proporcionan un espacio para que las personas compartan experiencias y apoyo mutuo en la gestión de su salud.

- **Capacitación de líderes y agentes comunitarios de salud:** La formación de líderes comunitarios como agentes de salud empodera a las comunidades para llevar a cabo actividades preventivas y de promoción de la salud.
- **Diagnósticos participativos de necesidades y recursos locales en salud:** La participación de la comunidad en la identificación de necesidades y recursos locales es fundamental para diseñar estrategias efectivas y culturalmente apropiadas.
- **Comités de gestión comunal e intersectorial de salud:** Estos comités facilitan la coordinación entre distintos actores, como autoridades locales, sociedad civil y comunidad, para abordar los desafíos de la promoción de la salud.
- **Espacios de concertación entre autoridades, sociedad civil y comunidad:** La creación de espacios de diálogo y colaboración es esencial para alinear los esfuerzos y recursos en pro de la promoción de la salud.
- **Iniciativas de comunicación social y movilización por la salud:** La comunicación efectiva es clave para movilizar a la comunidad y promover cambios en la percepción y el comportamiento relacionados con la salud.

En definitiva, la promoción de la salud requiere de procesos participativos que permitan a las comunidades desempeñar un papel protagónico en la transformación de los entornos y condiciones de vida hacia escenarios más saludables y equitativos. La participación activa posibilita aprovechar el potencial de la acción colectiva para generar cambios positivos en los determinantes sociales de la salud.

1.4. Niveles de la participación comunitaria en salud (PCS)

La participación comunitaria en el campo de la salud se manifiesta en una variedad de niveles o grados que abarcan desde la mera provisión de información hasta el empoderamiento y el control ciudadano sobre las decisiones en salud (Hernández et al., 2015). Estos niveles se utilizan como una herramienta para analizar la profundidad de la integración de las comunidades en los procesos de salud y su capacidad de incidir en las políticas y prácticas de atención médica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) identifica varios niveles de participación comunitaria en salud, entre los cuales destacan:

- **Información:** Este nivel implica la difusión de información y datos relacionados con la salud a la comunidad. Aunque este nivel de participación no involucra una toma de decisiones activa, tiene un valor significativo al aumentar la conciencia y el conocimiento de la población sobre cuestiones de salud.
- **Consulta:** La consulta implica la recopilación de opiniones y percepciones de la comunidad sobre temas de salud mediante encuestas y sondeos. Aunque no garantiza una participación activa en la toma de decisiones, proporciona información valiosa que puede guiar políticas y programas de salud más adecuados a las necesidades y preferencias de la población.
- **Colaboración:** En este nivel, los miembros de la comunidad participan en la implementación de actividades y programas de salud diseñados previamente por el sector formal de la salud. Si bien esto implica una participación más activa que los niveles anteriores, las tareas en las que participan suelen estar acotadas y definidas previamente.
- **Corresponsabilidad:** La corresponsabilidad implica una alianza activa entre la comunidad y los servicios de salud, donde ambas partes com-

parten responsabilidades en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud. Esto representa un nivel más profundo de participación, ya que la comunidad tiene un papel activo en la planificación y toma de decisiones en salud.

- **Empoderamiento:** El nivel más avanzado de participación comunitaria, el empoderamiento, se alcanza cuando la comunidad logra una autonomía plena en la gestión de su salud y bienestar colectivo. En este nivel, la comunidad tiene un control significativo sobre las políticas públicas relacionadas con la salud y ejerce una influencia sustancial en la toma de decisiones en este campo.

Para avanzar hacia un nivel más profundo de participación comunitaria que alcance el empoderamiento, es necesario implementar un proceso sostenido de fortalecimiento de las capacidades colectivas de la comunidad. Esto incluye el desarrollo de habilidades de liderazgo, la promoción de la alfabetización en salud y la movilización de la comunidad para participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud (MINSA, 2017).

La OPS (2022) sugiere que la implementación de mecanismos institucionalizados de participación, como los presupuestos participativos en salud y la creación de comités de gestión comunal, puede contribuir a trasladarse de niveles informativos y consultivos hacia niveles deliberativos, donde la comunidad tiene una influencia más significativa en las decisiones en salud.

En síntesis, determinar el nivel de participación comunitaria alcanzado permite evaluar la calidad de la integración de la comunidad en los procesos de salud y su efectividad para contribuir al desarrollo de una cultura de salud y al bienestar colectivo. El objetivo debe ser avanzar progresivamente hacia una participación comunitaria empoderada, donde la comunidad ejerza un control significativo sobre su salud y su entorno.

1.5. Funciones de la PCS

Las funciones de la Participación Comunitaria en Salud (PCS) desempeñan un papel fundamental en empoderar a las comunidades y en mejorar la situación de salud colectiva. Estas funciones son cruciales para asegurar que las políticas y programas de salud sean pertinentes, efectivos y respondan a las necesidades reales de la población (OPS, 2022; MINSA, 2017).

Una de las funciones más destacadas de la PCS es la capacidad de contribuir a la identificación y priorización de problemas y necesidades locales de salud. La participación activa de la comunidad permite que las voces de las personas sean escuchadas y que las preocupaciones locales se tengan en cuenta al planificar intervenciones de salud. Esto garantiza que los planes de salud estén alineados con las brechas y los requisitos percibidos por la población, lo que puede aumentar significativamente la eficacia de las políticas de salud (OPS, 2022).

Otra función crucial de la PCS es la formulación de propuestas para mejorar las políticas, programas y servicios de salud. La comunidad no solo identifica problemas, sino que también puede contribuir a diseñar soluciones culturalmente sensibles y de alta calidad. Este enfoque colaborativo facilita la adaptación de las intervenciones sanitarias al contexto social, lo que es esencial para lograr resultados efectivos y sostenibles (MINSA, 2017).

La promoción de prácticas y entornos saludables a nivel individual, familiar y comunitario es otra función fundamental de la PCS. La población puede desempeñar un papel activo en la difusión de estilos de vida protectores de la salud y en la creación de entornos que fomenten el bienestar. Esto va más allá de la atención médica y se centra en la prevención y la promoción de la salud en su sentido más amplio (OPS, 2022).

La vigilancia de la gestión y el desempeño de los servicios de salud pública es una función de control ciudadano que garantiza la transparencia y la

calidad en la atención. La comunidad puede monitorear el cumplimiento de estándares y la adecuada atención a los usuarios, lo que contribuye a un sistema de salud más responsable y receptivo (MINSA, 2017).

La PCS también permite la articulación y movilización de recursos comunitarios para complementar las labores de prevención y atención primaria de salud. Esta función es esencial para sumar esfuerzos y recursos de la comunidad al sistema formal de salud, mejorando así la cobertura y la eficacia de las intervenciones (OPS, 2022).

La defensa del derecho a la salud y el acceso equitativo a servicios integrales y culturalmente adaptados es una función que promueve la equidad en la atención médica. La PCS aboga por la salud como un derecho fundamental y exige la reducción de las brechas en la atención de salud, lo que es esencial para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de calidad (MINSA, 2017).

Además, la PCS desempeña un papel importante en la participación ciudadana en la construcción de políticas públicas saludables y en la toma de decisiones sobre salud colectiva. Esto garantiza que las políticas de salud reflejen las necesidades y deseos de la población y promueve la responsabilidad compartida en la toma de decisiones (OPS, 2022).

La PCS también contribuye a la generación de una cultura de salud y valores de solidaridad, apoyo mutuo y bienestar colectivo. Promueve cambios culturales profundos al fomentar actitudes y comportamientos saludables en la comunidad (MINSA, 2017).

Finalmente, impulsa la coordinación y articulación intersectorial en torno a los determinantes sociales de la salud. La PCS facilita la colaboración entre diferentes sectores para abordar los factores que influyen en la salud y promover enfoques holísticos (OPS, 2022).

En resumen, la participación activa de la comunidad en salud cumple una serie de funciones esenciales que mejoran la calidad y la efectividad de las políticas y programas de salud. A través de estas funciones, la PCS empodera a la población, asegura la pertinencia cultural y la calidad de los servicios de salud, fortalece el control social y la capacidad de exigibilidad de la comunidad, y contribuye al empoderamiento colectivo para garantizar el derecho a la salud.

1.6. Proceso de participación comunitaria

La implementación de procesos efectivos de participación comunitaria en salud es un proceso progresivo que comienza con el establecimiento de relaciones de confianza sólidas entre el sistema formal de salud y la comunidad. La confianza mutua es esencial para fomentar la participación activa de la comunidad (MINSA, 2017). Para construir esta confianza, es fundamental adoptar enfoques que promuevan la horizontalidad, el respeto, la comunicación bidireccional y la escucha activa por parte de las autoridades de salud. Sin confianza, la participación de la comunidad puede verse obstaculizada (Hernández et al., 2015).

Una vez establecidas las bases de confianza, se inicia una fase de planificación participativa que involucra a la comunidad en el diagnóstico conjunto de problemas locales de salud, identificando sus causas y posibles soluciones. Esta etapa permite que la comunidad aporte su visión de las prioridades de salud y participe en la toma de decisiones sobre políticas y programas de salud. La corresponsabilidad se convierte en un elemento clave, ya que la comunidad participa en la planificación, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de salud (Hernández et al., 2015).

El desarrollo de capacidades colectivas es otro paso fundamental en el proceso de participación comunitaria. Esto implica la formación de líderes comunitarios, el fortalecimiento de la organización de base, la creación de redes sociales y alianzas, y la educación para la participación y la exigibilidad de derechos. Al fortalecer estas capacidades, se

empodera a la comunidad para que actúe como un interlocutor efectivo frente al Estado y a las autoridades de salud (MINSA, 2017). Por lo que, la institucionalización de la participación comunitaria es esencial para garantizar la sostenibilidad de los procesos participativos. Esto puede lograrse mediante la promulgación de normas y protocolos específicos, la creación de consejos de desarrollo local, comités de gestión participativa de servicios de salud, la implementación de presupuestos participativos en salud y otros mecanismos que establezcan espacios de participación ciudadana vinculantes en la gestión de la salud colectiva. La institucionalización asegura que la participación sea una parte integral y permanente de las políticas y servicios de salud (Hernández et al., 2015).

Es así como, la participación comunitaria efectiva, debe concebirse como un proceso continuo que abarca la construcción de relaciones de confianza, la planificación compartida, el empoderamiento social y la creación de estructuras institucionales participativas. Este proceso permite a las comunidades influir en las decisiones sobre políticas y servicios de salud en todos sus niveles y requiere un esfuerzo conjunto sostenido entre las autoridades de salud, los equipos de atención médica y la población (MINSA, 2017).

1.7. Finalidad de la PCS

La finalidad última de fomentar procesos de participación comunitaria en el ámbito de la salud es promover el desarrollo de comunidades y ciudadanía activa, empoderada y vigilante. Se busca transformar a la población de meros receptores pasivos de los servicios de salud en agentes activos que cuestionan sus necesidades y recursos. Además, se espera que participen de manera informada en la co-construcción de soluciones, enmarcado en un enfoque de derechos humanos (Hernández et al., 2015).

La participación comunitaria efectiva debe promover la autonomía de los ciudadanos y grupos sociales para que puedan analizar críticamente su realidad. De esta manera, podrán ejercer un control social eficaz

sobre las políticas públicas, movilizar recursos comunitarios y establecer agendas de salud acordes a sus intereses y visiones culturales. Este proceso fortalece la capacidad de la comunidad para influir en la toma de decisiones relacionadas con su bienestar y salud (MINSA, 2017).

La participación en salud también tiene el propósito de activar y fortalecer las redes sociales de apoyo mutuo, la acción colectiva y la cooperación horizontal entre ciudadanos e instituciones públicas y privadas. Este enfoque de colaboración corresponsable permite abordar los determinantes sociales y ambientales subyacentes a los problemas de salud de manera más eficiente y efectiva (Hernández Aguado et al., 2015).

Otra finalidad importante es el fortalecimiento del tejido social y de las organizaciones comunitarias preexistentes. Esto se logra al crear las condiciones necesarias para una participación efectiva de base, que pueda incidir en las instancias de toma de decisiones locales y regionales relacionadas con las prioridades sanitarias y el presupuesto destinado a la salud (MINSA, 2017).

Además, la participación comunitaria busca ampliar los espacios democráticos y deliberativos. Empodera a los grupos sociales históricamente excluidos, permitiéndoles ejercer sus derechos y hacer valer sus demandas particulares en los planes de desarrollo sanitario. De esta manera, se asegura que las políticas públicas respondan a las necesidades diferenciadas de los diversos grupos sociales presentes en el territorio (Hernández Aguado et al., 2015).

De tal manera, en último término la participación de la comunidad en salud tiene como objetivo central empoderar a los ciudadanos para que desempeñen un papel protagonista en la defensa del derecho a la salud integral y en la formulación de políticas públicas saludables. Este enfoque reconoce la importancia de atender las necesidades específicas de los diversos grupos sociales presentes en la comunidad y promover un sentido de ciudadanía activa y empoderada (MINSA, 2017).

1.8. Instrumentos para la PCS

Existen diversos instrumentos que pueden ser implementados para promover una participación comunitaria activa y efectiva en el ámbito de la salud pública. Estos instrumentos son fundamentales para involucrar a la comunidad en la toma de decisiones y el control de la gestión de salud. Entre los principales instrumentos se encuentran (MINSA, 2017; OPS, 2022):

- **Diagnósticos participativos de salud:** Estos diagnósticos permiten a la comunidad recopilar información de manera participativa sobre los principales problemas de salud que enfrentan, así como sus causas percibidas y posibles estrategias para abordarlos. Incorporar la perspectiva de la comunidad es esencial para garantizar que las soluciones sean culturalmente apropiadas y aborden las necesidades reales de la población.
- **Presupuestos participativos en salud:** Los presupuestos participativos son mecanismos que permiten que la sociedad civil, en colaboración con las autoridades, defina de manera conjunta las prioridades presupuestarias de inversión en salud según las necesidades del territorio. Esto asegura que los recursos se asignen de manera equitativa y que se prioricen las áreas de mayor necesidad.
- **Rendición de cuentas en salud:** Estos espacios periódicos reúnen a las autoridades sanitarias y la comunidad para informar y evaluar conjuntamente la gestión realizada, los recursos utilizados y los resultados obtenidos en salud. La rendición de cuentas fomenta la transparencia y la responsabilidad de las autoridades ante la población.
- **Comités de gestión participativa de servicios de salud:** Estos grupos, que incluyen autoridades, equipos de salud y usuarios, participan en la cogestión de los establecimientos de salud. Supervisan la calidad y pertinencia de los servicios, lo que garantiza una atención de salud más efectiva y centrada en las necesidades de la comunidad.

- **Contraloría social en salud:** Los mecanismos de contraloría social permiten que los usuarios desempeñen un papel activo en el monitoreo, la evaluación y la vigilancia de los programas y servicios de salud pública. Esto asegura que los servicios se presten de manera eficiente y cumplan con los estándares de calidad.
- **Mesas de concertación en salud:** Estos espacios reúnen a representantes de la sociedad civil, el sector público y privado para analizar los problemas locales de salud y construir políticas públicas de manera concertada. Facilitan el diálogo y la colaboración entre diferentes actores para abordar los desafíos de salud locales.
- **Agendas de salud:** Estos instrumentos de planificación participativa recopilan las demandas y propuestas de la población en relación con las políticas y las inversiones necesarias para mejorar las condiciones de salud en su comunidad. Esto asegura que las políticas y los programas de salud estén alineados con las necesidades de la población.
- **Educación para la participación en salud:** Los procesos formativos dirigidos a la población son fundamentales para desarrollar conocimientos y habilidades que les permitan participar de manera informada y calificada en los procesos de gestión en salud. La educación es un componente esencial para empoderar a la comunidad y garantizar su participación efectiva.
- **Sistemas de petición y rendición de cuentas:** Estos mecanismos institucionalizados permiten que los ciudadanos presenten requerimientos ante las autoridades sanitarias y reciban respuestas oportunas sobre las acciones tomadas en respuesta a sus solicitudes. Esto fomenta la responsabilidad de las autoridades y la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones.

La implementación coordinada y combinada de estos instrumentos participativos puede contribuir a establecer un sistema de participación

social efectivo. Este sistema no solo permite a la comunidad influir en las políticas públicas de salud, sino que también mejora la calidad de vida y la salud colectiva al abordar de manera efectiva las necesidades locales y regionales (OPS, 2022).

Estos instrumentos representan herramientas valiosas para fomentar una participación comunitaria significativa en la toma de decisiones relacionadas con la salud y la mejora de la atención médica en las comunidades. La combinación adecuada de estos enfoques puede fortalecer la colaboración entre la comunidad y las autoridades de salud, mejorando la eficacia de los programas y políticas de salud y promoviendo un enfoque más centrado en las necesidades de la población.

1.9. Líderes de la comunidad

Los líderes comunitarios juegan un papel central en los procesos de participación ciudadana en salud, actuando como catalizadores y facilitadores de la intervención informada de la población en las políticas y servicios de salud (MINSA, 2017). Su importancia radica en su capacidad para movilizar a la comunidad y canalizar sus esfuerzos hacia la mejora de la salud y el bienestar local.

Estos líderes comunitarios en salud son definidos como personas pertenecientes a la comunidad que han desarrollado habilidades para estimular la participación de sus vecinos en actividades colectivas relacionadas con la promoción de la salud y el bienestar local (Hernández et al., 2014). Su liderazgo se construye a partir del reconocimiento de los miembros de la comunidad hacia individuos que se destacan por su dedicación al servicio, habilidades de comunicación asertiva, capacidad para convocar a otros y disposición para trabajar de manera colaborativa en la búsqueda de soluciones (Delgado, 2018).

Entre las funciones que desempeñan estos líderes comunitarios se encuentran (Hernández et al., 2014; Delgado, 2018; MINSA, 2017):

- **Motivar y convocar la participación de los vecinos:** Los líderes comunitarios actúan como agentes de cambio, inspirando a otros miembros de la comunidad a participar en actividades y espacios relacionados con la salud colectiva.
- **Identificar y visibilizar las necesidades y problemas locales de salud:** Estos líderes desempeñan un papel fundamental al ayudar a identificar y poner de manifiesto los problemas de salud que más afectan a la población local, asegurándose de que estos se aborden de manera efectiva.
- **Impulsar la creación de redes sociales y grupos de apoyo:** Facilitan la formación de redes sociales y grupos de apoyo centrados en diversas cuestiones de salud, lo que promueve la colaboración y el apoyo mutuo entre los miembros de la comunidad.
- **Transmitir información clara y oportuna sobre salud:** Los líderes comunitarios desempeñan un papel clave al comunicar información relevante y comprensible sobre salud a sus vecinos, lo que contribuye a una mayor conciencia y comprensión de las cuestiones de salud.
- **Canalizar demandas y propuestas ciudadanas:** Actúan como intermediarios entre la comunidad y las instancias pertinentes del sistema de salud, asegurándose de que las demandas y propuestas de la población se lleven a cabo de manera efectiva.
- **Promover prácticas de prevención y cuidado de la salud:** Estos líderes trabajan para promover prácticas de prevención y cuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario, lo que contribuye a una población más saludable.

- **Activar recursos comunitarios:** Contribuyen a movilizar y utilizar los recursos comunitarios disponibles para mejorar las condiciones de salud de la comunidad, lo que maximiza los esfuerzos para abordar los problemas de salud.
- **Garantizar transparencia y buen funcionamiento de los servicios de salud:** Participan en la vigilancia y supervisión de los servicios y programas de salud, lo que garantiza la calidad y la transparencia en la atención sanitaria.
- **Promover una cultura de participación activa:** Los líderes comunitarios fomentan una cultura de participación activa, corresponsabilidad y vigilancia ciudadana en torno a la gestión de la salud, lo que empodera a la comunidad y garantiza una mayor influencia en las políticas de salud.

El fortalecimiento de las capacidades de gestión y liderazgo de estos actores es esencial para consolidar procesos participativos efectivos en las comunidades. Requiere de la voluntad de las autoridades de salud para reconocer a estos líderes como interlocutores válidos y de espacios regulares de formación y capacitación (Delgado, 2018). La inversión en el desarrollo de estos líderes comunitarios puede ser una estrategia estratégica para promover una participación activa y significativa de la comunidad en la toma de decisiones en salud y en la mejora de los servicios de atención médica.

CAPÍTULO II

NEUMONÍA INFANTIL Y SU TASA DE MORTALIDAD

2.1. Neumonía infantil

La neumonía, una infección aguda del parénquima pulmonar, sigue siendo una amenaza significativa para la salud de los niños menores de 5 años en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2016). A pesar de los avances en la atención médica y las estrategias de prevención, la neumonía persiste como la principal causa individual de mortalidad en este grupo de edad. Su impacto es particularmente pronunciado en países de ingresos bajos y medianos, donde factores como la desnutrición, la contaminación del aire y las barreras de acceso a los servicios de salud aumentan el riesgo de adquirir la enfermedad y empeoran sus consecuencias (Sempertegui et al., 2018).

La neumonía infantil es una afección compleja que exige una atención cuidadosa y una comprensión profunda. Se manifiesta a menudo con síntomas no específicos, lo que puede dificultar su diagnóstico temprano y, por lo tanto, retrasar el tratamiento necesario. Por esta razón, la

definición de la neumonía y la comprensión de sus síntomas revisten una importancia crítica en el contexto de la atención infantil. Además, es fundamental abordar de manera efectiva los factores de riesgo asociados a la neumonía en la niñez para prevenir su aparición y propagación. En las secciones siguientes, se profundizará en estos aspectos clave para comprender mejor esta afección y su impacto en los niños.

2.1.1. Definición

La neumonía es una afección pulmonar que se caracteriza por la inflamación del parénquima pulmonar y la consolidación intersticial, siendo provocada principalmente por agentes infecciosos, tanto virales como bacterianos (Ruuskanen et al., 2014). Esta enfermedad se manifiesta clínicamente con síntomas que incluyen tos, dificultad para respirar, fiebre y consolidación pulmonar evidente en radiografías de tórax (WHO, 2016). La neumonía representa una grave amenaza para la salud de los niños menores de 5 años a nivel global, siendo la causa principal de morbilidad infecciosa en este grupo de edad. Su impacto es particularmente relevante en países de ingresos bajos y medianos, donde factores como la desnutrición, la exposición a la contaminación del aire y las limitaciones en el acceso a servicios de salud contribuyen a aumentar el riesgo de adquirir esta enfermedad y agravar sus consecuencias (Sempertegui et al., 2018).

La neumonía pediátrica es una enfermedad que puede ser causada por una variedad de agentes infecciosos, siendo los virus respiratorios, como el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), el rinovirus humano y el influenzavirus, junto con bacterias como *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo B, los responsables más comunes (Aston et al., 2017). Además, otros microorganismos como *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* y *Pneumocystis jirovecii* también pueden estar implicados en esta infección (Sánchez et al., 2015).

Los síntomas de la neumonía en niños son diversos y a menudo inespecíficos, lo que puede complicar su diagnóstico temprano. Sin

embargo, el espectro clínico es amplio y puede variar desde una infección asintomática hasta una neumonía grave con riesgo vital. En lactantes pequeños, los síntomas pueden ser aún más inespecíficos, lo que complica el diagnóstico temprano. En todos los casos, se requiere una cuidadosa evaluación médica y, en muchos casos, estudios de imagen torácica para confirmar la presencia de infiltrados pulmonares característicos.

Desde una perspectiva anatomopatológica, la neumonía se caracteriza por una inflamación con exudación y edema intraalveolar, lo que puede llevar a la formación de membranas hialinas y engrosamiento de los septos interalveolares. En casos más graves, puede evolucionar hacia necrosis tisular y la formación de abscesos (Zar y Ferkol, 2014). Este proceso inflamatorio provoca una alteración en el intercambio gaseoso y una disfunción respiratoria, lo que puede ser especialmente grave en los niños.

La neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de 5 años es un importante problema de salud pública en países en vías de desarrollo, donde se asocia a tasas de morbilidad inaceptablemente altas, especialmente en contextos de pobreza y desnutrición (Sempertegui et al., 2018). Por lo tanto, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la neumonía infantil deben ser prioridades en la atención de la salud.

Desde un enfoque crítico, es evidente que la neumonía pediátrica sigue siendo una enfermedad prevenible y tratable que afecta significativamente a los niños vulnerables de todo el mundo. Más allá de la morbilidad, esta enfermedad compromete el desarrollo físico, cognitivo y social de los sobrevivientes. Se necesita una inversión continua en investigación para comprender mejor su fisiopatología, epidemiología y abordaje terapéutico. Además, los sistemas de salud deben fortalecerse para proporcionar diagnósticos y tratamientos oportunos, evitando secuelas a largo plazo. Solo un esfuerzo sostenido y multisectorial puede reducir la carga que representa esta enfermedad evitable.

En último término, la neumonía pediátrica es una infección pulmonar aguda potencialmente mortal, cuya prevención y manejo adecuado deben ser prioridades para los sistemas de salud, especialmente en niños vulnerables de entornos empobrecidos. Su impacto va más allá de la morbilidad, comprometiendo el pleno desarrollo humano, por lo que se necesita un enfoque integral e interdisciplinario para salvar vidas y asegurar el futuro de millones.

2.1.2. Síntomas

Los síntomas clásicos de la neumonía pediátrica, como fiebre, tos, dificultad respiratoria y crepitantes o matidez a la auscultación pulmonar, son consistentes con los hallazgos en la literatura (McAllister et al., 2019; Aston et al., 2017). La fiebre es una manifestación común, pero se ha observado que puede estar ausente en neonatos y en niños con deficiencia inmunológica (Ruuskanen et al., 2014). La taquipnea, un aumento anormal de la frecuencia respiratoria, es un signo clínico sensible que puede aparecer en niños con neumonía, independientemente de su edad (Ruuskanen et al., 2014).

En el examen físico, la auscultación pulmonar anormal con crepitantes localizados es un hallazgo cardinal que confirma la presencia de neumonía (Sánchez et al., 2015). El tiraje intercostal y subcostal, que se refiere a la retracción de los espacios entre las costillas o debajo de estas, es un indicador de dificultad respiratoria en niños con neumonía (Sánchez et al., 2015). La cianosis, que es la coloración azulada de la piel y las membranas mucosas debido a la falta de oxígeno, indica hipoxemia significativa en los pacientes con neumonía (Sánchez et al., 2015).

El cuadro clínico de la neumonía puede variar en gravedad, desde formas leves con fiebre, tos productiva y buena respuesta al tratamiento antibiótico hasta presentaciones graves con dificultad respiratoria marcada, hipoxemia, inestabilidad hemodinámica y alto riesgo de complicaciones como derrame pleural y absceso pulmonar (Zar y Ferkol,

2014). En lactantes muy pequeños, se pueden observar casos de neumonía congénita o perinatal que se manifiestan con dificultad respiratoria poco después del nacimiento, generalmente debido a infecciones causadas por microorganismos como el *Estreptococo B*, *Escherichia Coli* y *Listeria* (Sánchez et al., 2015). Además, los pacientes inmunocomprometidos pueden presentar cuadros atípicos de neumonía viral o bacteriana con una clínica insidiosa caracterizada por fiebre prolongada, escasa tos y hallazgos mínimos en la auscultación, lo que dificulta el diagnóstico (Sastroasmoro y Bulgiba, 2016).

De tal manera, el cuadro clínico de la neumonía pediátrica es variable y puede ser influenciado por múltiples factores, como la edad del paciente, el agente etiológico y la gravedad del cuadro. Los síntomas clásicos como la tos, fiebre, taquipnea, crepitantes y dificultad respiratoria son importantes indicadores, pero es crucial tener en cuenta que en neonatos y pacientes inmunocomprometidos la presentación puede ser atípica. La evaluación clínica y los estudios de imagen son esenciales para confirmar el diagnóstico de neumonía en caso de sospecha clínica.

En un enfoque analítico, es evidente la importancia de que el personal de salud esté atento a cualquier síntoma respiratorio en la población infantil, incluso los potencialmente inespecíficos, con el fin de realizar un diagnóstico oportuno de neumonía y prevenir complicaciones. La evaluación inicial y el seguimiento cercano son fundamentales, ya que los cuadros de neumonía pueden evolucionar rápidamente a formas graves. La detección temprana de signos de alarma y la administración de un tratamiento adecuado pueden reducir significativamente la morbimortalidad asociada a esta enfermedad prevenible y tratable.

En síntesis, la neumonía pediátrica puede presentarse de diversas formas, desde casos leves hasta potencialmente mortales. Una evaluación completa, con una atención especial a los signos de gravedad, es esencial para un diagnóstico oportuno y un manejo terapéutico efectivo, lo que a su vez puede prevenir consecuencias devastadoras. La vigilancia constante de

la evolución clínica y la búsqueda activa de esta afección ante cualquier síntoma respiratorio tienen un gran potencial para salvar vidas infantiles.

2.1.3. Clasificación en menores de 2 meses

En lactantes menores de 2 meses, la clasificación de la neumonía en función del momento de adquisición ofrece información valiosa sobre los posibles agentes causales y guía las decisiones clínicas (Aston et al., 2017). La neumonía neonatal precoz, que afecta a neonatos menores de 7 días, suele estar asociada a gérmenes transmitidos por vía ascendente o transplacentaria durante el embarazo y el parto (Sánchez et al., 2015). Estos incluyen patógenos como el Estreptococo del grupo B, *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes*, *Haemophilus influenzae* y el virus herpes simple. En contraste, la neumonía neonatal tardía, que afecta a neonatos de 7 a 28 días, se asocia con microorganismos adquiridos en el entorno hospitalario o comunitario. Entre los principales agentes causales se encuentran *Staphylococcus aureus*, bacilos gramnegativos, Enterobacterias y *Cándida* spp. (Zar y Ferkol, 2014).

La neumonía en lactantes pequeños de entre 29 días y 2 meses presenta una etiología diferente, donde los agentes virales, como el Virus Sincitial Respiratorio, el Rinovirus, el Parainfluenza, el Metapneumovirus y el Adenovirus, juegan un papel destacado (Ruuskanen et al., 2014). Además de los virus, también pueden estar involucrados microorganismos bacterianos como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis* y *Bordetella pertussis*. Esta clasificación según la etiología es esencial para dirigir el tratamiento y la gestión clínica adecuados.

Una clasificación adicional se basa en el contexto epidemiológico, distinguiendo entre la neumonía intrahospitalaria, asociada a cuidados sanitarios y adquirida en la comunidad. La neumonía intrahospitalaria tiende a estar relacionada con gérmenes multirresistentes debido a la exposición a ambientes hospitalarios (Sastroasmoro y Bulgiba, 2016). En

contraste, la neumonía adquirida en la comunidad suele ser causada por agentes virales y bacterias habituales.

En función de la gravedad del cuadro clínico, se pueden categorizar tres niveles: neumonía no complicada o leve, neumonía complicada o moderadamente grave y neumonía muy grave (Oliwa et al., 2015). Los pacientes con neumonía complicada o muy grave requieren tratamiento intrahospitalario debido a su mayor riesgo de complicaciones y la necesidad de una atención más intensiva.

En lo que respecta a los hallazgos radiológicos, la clasificación de las neumonías neonatales y de los lactantes pequeños puede dividirse en neumonía intersticial y bronconeumonía (McAllister et al., 2019). La neumonía intersticial se caracteriza por un patrón reticular o micronodular en las imágenes radiográficas, mientras que la bronconeumonía se caracteriza por la presencia de consolidaciones en segmentos o lóbulos del pulmón. La diferenciación entre estos patrones puede ayudar en la identificación de la etiología subyacente y guiar el tratamiento.

En cuanto a los factores de riesgo, es fundamental identificar a los lactantes con mayor vulnerabilidad. La identificación temprana de estos factores de riesgo permite un abordaje más oportuno y una atención más específica, lo que puede mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad en este grupo vulnerable.

Así pues, la clasificación de la neumonía en lactantes menores de 2 meses es esencial para orientar el enfoque terapéutico, predecir la evolución clínica y brindar una atención personalizada. La categorización considerando el momento de adquisición, la etiología, el contexto epidemiológico, la gravedad clínica y los hallazgos radiológicos es fundamental para la toma de decisiones clínicas informadas y para garantizar el mejor manejo posible de los pacientes lactantes. La atención y el tratamiento adaptados a este grupo vulnerable son esenciales para reducir la morbilidad asociada a la neumonía en lactantes menores de 2 meses.

2.1.4. Clasificación para menores entre 2 meses y 4 años

En el grupo de edad comprendido entre los 2 meses y los 4 años, la clasificación de la neumonía se enfoca principalmente en el contexto epidemiológico, lo que facilita la identificación de la etiología y guía las decisiones clínicas (Aston et al., 2017). La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es uno de los tipos más comunes y se caracteriza por adquirirse fuera del ámbito hospitalario. Los agentes etiológicos predominantes en la NAC son los virus y bacterias comunes en la comunidad, como el Virus Sincitial Respiratorio, la Influenza, el Parainfluenza, el Adenovirus, el *Mycoplasma pneumoniae* y el *Streptococcus pneumoniae* (McAllister et al., 2019). Esta clasificación basada en el contexto epidemiológico es crucial para determinar las estrategias de tratamiento y manejo más adecuadas.

La neumonía asociada a cuidados de salud se manifiesta en niños que han tenido un reciente contacto con el sistema de salud, a menudo debido a hospitalizaciones, procedimientos invasivos o tratamientos con antibióticos (Ruuskanen et al., 2014). Esta forma de neumonía suele ser causada por microorganismos intrahospitalarios o multirresistentes. La neumonía hospitalaria, por otro lado, afecta a niños hospitalizados durante más de 48-72 horas y se asocia a la flora bacteriana hospitalaria, incluyendo patógenos como el *Estafilococo aureus* resistente a metilicina, bacilos gramnegativos y anaerobios (Sastroasmoro y Bulgiba, 2016). Estas dos clasificaciones enfocadas en el contexto de la atención médica son cruciales para determinar las medidas terapéuticas y preventivas adecuadas.

Una clasificación adicional se basa en aspectos etiológicos, diferenciando entre neumonía bacteriana típica (causada por patógenos como *S. pneumoniae*, *S. aureus* y *H. influenzae*), atípica (involucrando a microorganismos como *M. pneumoniae* y *C. pneumoniae*) y viral (con agentes como el Virus Sincitial Respiratorio, la Influenza y el Adenovirus) (Sánchez et al., 2015). Esta tipificación es esencial para dirigir el tratamiento y la atención médica adecuados a la causa subyacente de la neumonía.

Según la extensión radiológica, la neumonía en este grupo de edad puede distinguirse entre neumonía focal o lobar, que afecta un lóbulo o segmento pulmonar específico, y neumonía multifocal o bronconeumonía, que compromete múltiples áreas del pulmón (Oliwa et al., 2015). Estos hallazgos radiológicos brindan información valiosa para el diagnóstico y el manejo clínico.

La gravedad del cuadro clínico también es un factor importante a considerar, y se puede clasificar en tres categorías: neumonía no complicada ambulatoria, que se puede manejar de forma ambulatoria; neumonía complicada, que requiere hospitalización; y neumonía grave, caracterizada por compromiso respiratorio significativo o shock séptico (Zar y Ferkol, 2014). Esta estratificación según la gravedad es esencial para determinar el nivel de atención y las medidas terapéuticas necesarias.

En cuanto a la respuesta terapéutica, la neumonía se considera complicada cuando no se observa mejoría después de 72 horas de tratamiento inicial (Sánchez et al., 2015). Este enfoque en la respuesta al tratamiento es fundamental para evaluar la eficacia de las intervenciones médicas.

En síntesis, en el grupo de edad de 2 meses a 4 años, la neumonía puede clasificarse desde múltiples perspectivas, lo que proporciona una visión integral de la enfermedad. La clasificación basada en el contexto epidemiológico, etiológico, clínico y radiológico es fundamental para orientar el diagnóstico y el tratamiento. La adopción de un sistema de clasificación estandarizado y validado puede mejorar significativamente la atención a esta población vulnerable, reduciendo complicaciones y secuelas. Sin embargo, se necesita continuar investigando para lograr un consenso global sobre el enfoque de clasificación óptimo para la neumonía en niños en edad preescolar.

2.1.5. Factores de riesgo

Entre los múltiples factores que aumentan el riesgo de neumonía en la población pediátrica, algunos desempeñan un papel destacado en la predisposición de los niños a esta infección respiratoria (Oliwa et al., 2015). Uno de los factores más significativos es la edad, en particular, la edad menor de 2 años, y aún más críticamente, los menores de 6 meses. La inmadurez del sistema inmune y las diferencias anatómicas en los lactantes pequeños los hacen más susceptibles a las infecciones respiratorias, incluida la neumonía (McAllister et al., 2019). Esta vulnerabilidad acentuada en los primeros meses de vida resalta la importancia de medidas preventivas y de intervención temprana en este grupo de edad.

La desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, como la vitamina A, el zinc y el hierro, están estrechamente relacionadas con un mayor riesgo y gravedad de la neumonía en la población infantil (Ruuskanen et al., 2014). Por el contrario, la lactancia materna ejerce un efecto protector, ya que proporciona inmunidad pasiva y nutrientes esenciales para fortalecer el sistema inmunológico del niño. La promoción de la lactancia materna y la mejora de la nutrición infantil son estrategias esenciales en la prevención de la neumonía y la reducción de su carga en la población pediátrica.

Las inmunodeficiencias, tanto congénitas como adquiridas, aumentan la susceptibilidad a infecciones respiratorias recurrentes, incluyendo la neumonía por gérmenes oportunistas (Sastroasmoro y Bulgiba, 2016). La identificación y el manejo de estas condiciones son fundamentales para reducir la incidencia de neumonía en niños con inmunodeficiencias.

La presencia de factores de riesgo específicos en los niños es un indicador clave para considerar la posibilidad de neumonía, lo que justifica una evaluación minuciosa en caso de síntomas respiratorios. La implementación de medidas preventivas y programas de intervención destinados a abordar estos factores de riesgo, como la promoción de la lactancia materna, la mejora de la nutrición, la inmunización, la reducción

de la contaminación del aire en entornos domésticos y la mejora de las condiciones de saneamiento, tiene un potencial significativo para reducir la carga de neumonía en la población infantil.

Se enfatiza la importancia de implementar estrategias de prevención primaria específicas dirigidas a reducir los factores de riesgo bien identificados en la población infantil vulnerable. Estas acciones preventivas integrales incluyen políticas de promoción de la lactancia materna, medidas para mejorar la nutrición infantil, programas de inmunización efectivos y la creación de entornos libres de humo de tabaco y contaminación del aire intradomiciliario. La implementación efectiva de estas estrategias tiene el potencial de lograr un impacto significativo en la reducción de la incidencia y la morbilidad relacionadas con la neumonía pediátrica.

En último término, la identificación y el abordaje de los factores de riesgo específicos de la neumonía en la población pediátrica brindan una oportunidad crucial para establecer intervenciones de prevención primaria a nivel poblacional, familiar e individual. Estas medidas preventivas tienen el potencial de lograr un impacto significativo en la reducción de la carga de la neumonía en la infancia, una enfermedad que, en gran medida, es prevenible y tratable.

2.2. Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil constituye un valioso indicador para evaluar el estado de salud de una población y guiar intervenciones de salud pública. Refleja las condiciones sociales, ambientales y económicas en las que nacen y se desarrollan los niños, así como la efectividad de los sistemas de salud para brindar una atención materno-infantil oportuna y de calidad.

Diversos estudios han analizado la evolución de la mortalidad infantil a nivel global, regional y de países específicos. Las tendencias y disparidades observadas ofrecen información crucial para comprender los determinantes e implementar estrategias costo-efectivas que permitan

acelerar el descenso de la mortalidad infantil, especialmente en países de bajos ingresos donde se concentran las mayores tasas.

La relación entre distintas causas de muerte infantil, como las infecciones respiratorias y la neumonía, con los factores de riesgo y protectores identificados resulta esencial para focalizar adecuadamente las intervenciones. A continuación, se van a desarrollar en detalle aspectos como definiciones y estadísticas de interés sobre la tasa de mortalidad infantil a nivel global, regional y nacional.

2.2.1. Definición

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador crucial utilizado para evaluar la salud de una población, y se define como la probabilidad de fallecer en el primer año de vida, expresada como el número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en un año específico (UNICEF, 2019). Esta métrica es esencial para medir la supervivencia infantil y proporciona información valiosa sobre el estado de la atención médica materna e infantil, así como sobre las condiciones socioeconómicas y de salud en un país.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece una fórmula específica para calcular este indicador, dividiendo el número de defunciones de menores de un año en un año dado entre el número de nacidos vivos durante el mismo período y multiplicando el resultado por 1000 (WHO, 2019). Esta metodología estandarizada garantiza la comparabilidad de datos entre diferentes regiones y países, lo que es esencial para la evaluación y el monitoreo de la salud infantil a nivel mundial.

La TMI abarca tanto la etapa neonatal, que incluye a los menores de 28 días, como la posneonatal, que comprende a los niños de 28 días a 11 meses de edad (McAllister et al., 2019). Estas dos categorías reflejan la carga de mortalidad infantil relacionada con problemas de salud materna, condiciones ambientales, enfermedades infecciosas y factores específicos

del periodo neonatal. Al analizar la TMI desde esta perspectiva, se obtiene una visión más detallada de los desafíos que enfrenta la salud infantil.

Ruuskanen et al (2014) enfatizan que la TMI desempeña un papel crucial en la salud pública al actuar como un indicador del desarrollo socioeconómico, las condiciones sanitarias ambientales y la calidad y accesibilidad de la atención médica materna e infantil en un país. Además, UNICEF (2019) señala que los niveles de TMI son un reflejo de las desigualdades en el acceso a recursos esenciales, atención de calidad y estrategias de prevención y tratamiento efectivas, lo que destaca la importancia de abordar las disparidades en la atención de la salud infantil.

En síntesis, la TMI es un indicador fundamental que condensa una amplia gama de factores sociales, económicos, ambientales y de salud que influyen en la supervivencia de los niños. Su análisis y seguimiento son esenciales para identificar brechas y desigualdades en el cuidado de la salud infantil que requieren intervención y atención prioritaria.

En definitiva, es innegable que la TMI sigue siendo una métrica ineludible en el campo de la salud pública y un llamado a la acción para todos los interesados en la protección y promoción de la vida y el desarrollo saludable de los niños, tanto a nivel global como local. La reducción de la TMI es una prioridad ética incuestionable y un indicador clave del progreso hacia la realización de los derechos fundamentales de los niños en todo el mundo.

2.2.2. Estadísticas en Latinoamérica y el Perú

En América Latina y el Caribe, se han logrado avances notables en la reducción de la mortalidad infantil durante las últimas décadas. Según UNICEF (2019), la tasa de mortalidad infantil (TMI) en la región ha disminuido significativamente, pasando de 52 por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 16 por 1000 en 2015. Estos logros reflejan los esfuerzos dedicados a mejorar la atención materno-infantil y las condiciones de salud en la

región. Sin embargo, es importante destacar que, a pesar de estos avances, la TMI sigue siendo alta en algunos países, lo que subraya la necesidad de continuar trabajando en este importante indicador de salud pública.

La disparidad en las tasas de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe es evidente. Por ejemplo, mientras Cuba presenta una de las tasas más bajas de mortalidad infantil en la región, con solo 4 defunciones por cada 1000 nacidos vivos, Haití, por otro lado, registra la tasa más alta con 50 muertes por cada 1000 nacimientos. El promedio regional en 2015 se situó en 15 muertes por 1000 nacidos vivos (McAllister et al., 2019). Estas disparidades subrayan la importancia de abordar las inequidades en el acceso a servicios de salud de calidad y en la atención materno-infantil en toda la región.

En el Perú, se han logrado avances significativos en la reducción de la TMI. La TMI se redujo de 58 por 1000 nacidos vivos en el año 2000 a 17 por 1000 en 2015. Sin embargo, existen diferencias significativas entre las zonas urbanas y rurales, con una TMI de 14 por 1000 en áreas urbanas y 22 por 1000 en áreas rurales, lo que refleja las inequidades persistentes en el acceso a servicios de salud de calidad (Ruuskanen et al., 2014). A pesar de estos avances, es importante destacar que la razón de mortalidad materna en el Perú sigue siendo alta, lo que señala que aún existen desafíos en la atención materno-infantil (MINSA, 2018).

Aunque se han logrado avances sustanciales en la reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe, persisten brechas significativas tanto entre países como dentro de ellos. La disparidad en las tasas de mortalidad infantil subraya la necesidad de continuar trabajando en la mejora de la atención materno-infantil y la equidad en el acceso a servicios de salud de calidad. Garantizar el derecho a la salud y la vida de todos los niños en la región es un objetivo prioritario que requiere esfuerzos sostenidos y enfoques intersectoriales.

Resulta urgente abordar los determinantes sociales y económicos que subyacen a la alta mortalidad infantil, especialmente en los sectores más vulnerables de la sociedad latinoamericana y caribeña. La equidad en la atención materno-infantil y la promoción de la salud en estas poblaciones son elementos fundamentales para cumplir el compromiso de no dejar a ningún niño atrás. La inversión en políticas efectivas de reducción de desigualdades y en la mejora de la calidad y accesibilidad de la atención materno-infantil es crucial para el futuro de la región.

La mortalidad infantil en América Latina y el Perú, aunque ha experimentado avances importantes, sigue siendo un desafío prioritario en materia de salud pública. Para alcanzar el objetivo de un futuro más saludable y equitativo, es necesario continuar trabajando en la atención materno-infantil y en la implementación de políticas efectivas que reduzcan las desigualdades en la región. El bienestar y el futuro de la población infantil dependen de estos esfuerzos continuos.

2.2.3. Estadísticas en Latinoamérica y el Perú asociadas a la neumonía en menores de 5 años

La neumonía, como lo indica McAllister et al (2019), continúa siendo la principal causa individual de mortalidad en niños menores de 5 años a nivel mundial. En el año 2015, esta enfermedad provocó alrededor de 921 000 defunciones en este grupo etario, lo que representó aproximadamente el 16 % del total de muertes infantiles. Estas estadísticas subrayan la relevancia crítica de abordar la neumonía infantil como una prioridad en la salud pública global y regional.

En Latinoamérica, la carga de la neumonía en la mortalidad infantil es significativa. Según UNICEF (2019), la neumonía es responsable de aproximadamente el 17 % de todas las muertes en niños menores de 5 años en la región. En términos absolutos, esto se tradujo en más de 68 000 defunciones en este grupo de edad en 2017. Estas cifras reflejan el

impacto sustancial de la neumonía en la región y subrayan la urgencia de implementar estrategias efectivas de prevención y tratamiento.

Las tasas de mortalidad por neumonía en menores de 5 años varían considerablemente dentro de la región latinoamericana. En el año 2017, países como Haití, Bolivia y Perú registraron tasas más elevadas, alcanzando 56 por 100 000, 43 por 100 000 y 32 por 100 000, respectivamente. En contraste, naciones como Cuba, Argentina, Chile y Costa Rica exhibieron tasas significativamente más bajas, con 1.4 por 100 000, 2.1 por 100 000, 2.7 por 100 000 y 2.8 por 100 000, respectivamente (Ruuskanen et al., 2014). Estas disparidades subrayan la necesidad de abordar factores específicos que contribuyen a las tasas elevadas de mortalidad por neumonía en algunos países, como acceso limitado a atención médica de calidad y condiciones socioeconómicas desafiantes.

En el Perú, se ha observado una tendencia descendente en la tasa de mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años durante las últimas dos décadas. Esta tasa ha disminuido de 90 por 100 000 en el año 2000 a 32 por 100 000 en el año 2017. Aunque estos avances son alentadores, es importante señalar que esta reducción se ha estancado desde el año 2010, lo que destaca la necesidad de implementar intervenciones más efectivas y sostenibles para seguir reduciendo la mortalidad por neumonía (MINSA, 2018).

Por lo antes expuesto, la neumonía sigue siendo una amenaza significativa para la supervivencia infantil en América Latina y el Perú, lo que resalta la importancia de desarrollar e implementar políticas y programas de salud eficaces que amplíen el acceso a intervenciones preventivas, de diagnóstico y tratamiento. Abordar esta enfermedad con determinación y enfoque en las poblaciones más vulnerables es esencial para mitigar sus determinantes sociales y ambientales.

La prevención y el control de la neumonía deberían constituir una prioridad en la agenda de salud pública de la región. Se requieren acciones

coordinadas y estratégicas que se centren en poblaciones de alto riesgo y aborden los factores sociales y ambientales que contribuyen a su incidencia. Además, los sistemas de salud deben garantizar una detección temprana y un tratamiento oportuno de cada caso de neumonía infantil.

PARTE II

**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA ACTIVA Y
LA TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA
INFANTIL EN LA REDESS LAMPA 2004-2007**

CAPÍTULO III

NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS CONTEXTO PERUANO EN EL PERÚ

3.1. Epidemiología de la neumonía infantil en el Perú

La neumonía sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población infantil del Perú. Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2020), se estima que anualmente se producen alrededor de 400 000 casos de neumonía en niños menores de 5 años en el país, lo que resulta en más de 700 defunciones relacionadas con esta enfermedad. La carga de neumonía infantil afecta de manera desproporcionada a los niños peruanos y representa un desafío continuo en términos de salud pública.

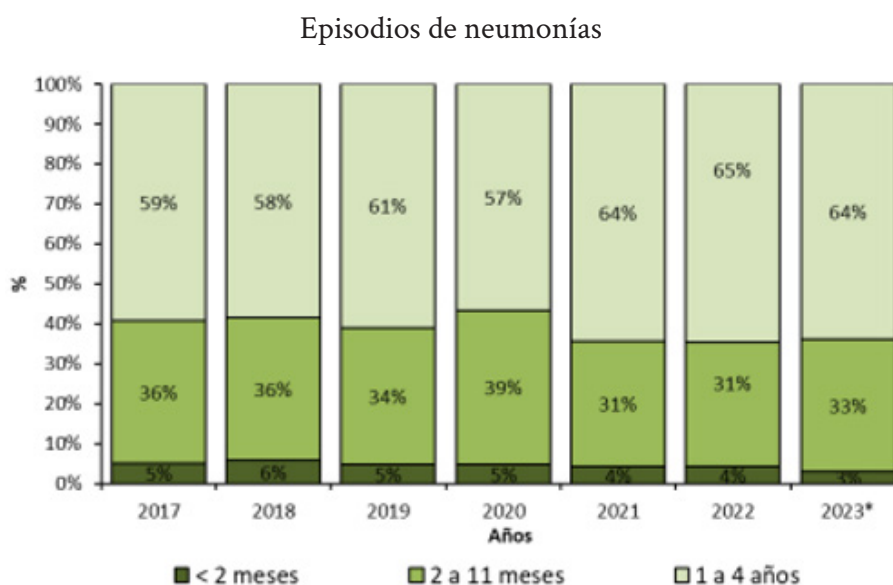
De acuerdo con estadísticas del Centro Nacional de Epidemiología del Perú, en el año 2020 se reportó una incidencia de 2637 casos de neumonía por cada 100 000 niños menores de 5 años en el país (MINSA, 2021). Esta cifra pone de manifiesto la magnitud del problema y la alta prevalencia de la enfermedad en la población infantil. Resulta especialmente preocupante que la mayoría de los casos se concentren en la selva y en la costa norte

del Perú, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas en estas regiones para reducir la incidencia de neumonía.

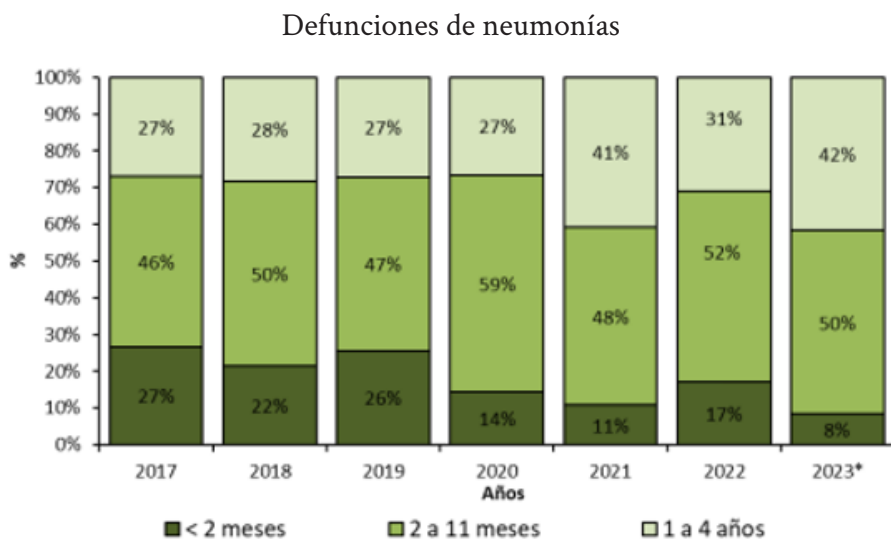
El Ministerio de Salud del Perú (2022) señala que, según la distribución por grupo etario, los niños entre 12 y 23 meses de edad presentaron una mayor incidencia, con 5012 casos por cada 100 000 niños a nivel nacional en 2021. Le siguieron los lactantes entre 2 y 11 meses, con una incidencia de 4733 por cada 100 000. Estas estadísticas mostradas en la Figura 1 evidencian que los niños menores de 2 años son particularmente vulnerables a la neumonía.

Figura 1

Episodios y defunciones por neumonía en menores de 5 años según grupo de edad, Perú 2017 – 2023



PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA



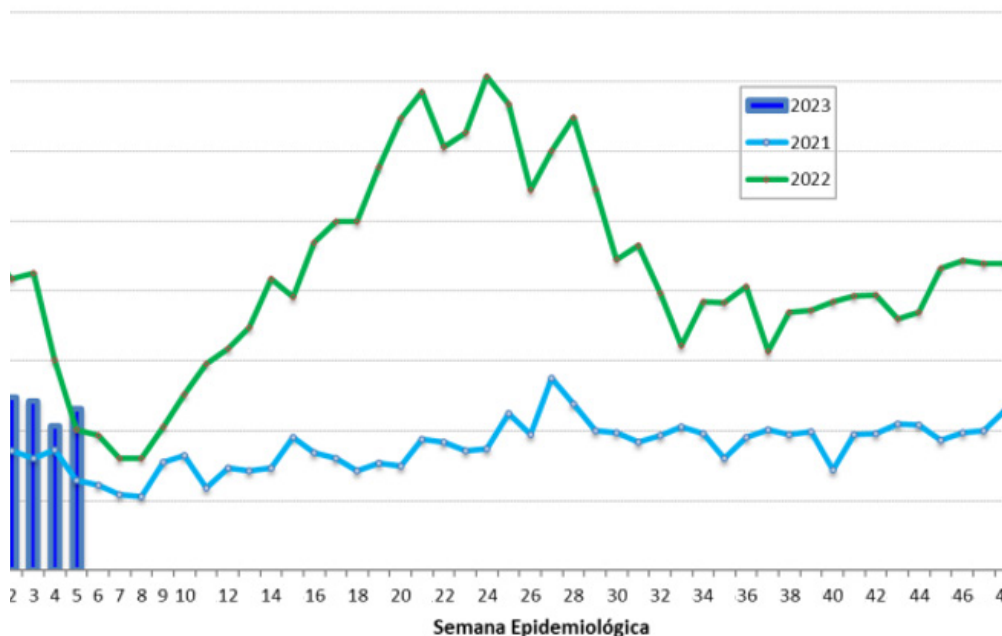
Nota Tomado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE05/neumonias.pdf>

Respecto a la estacionalidad, los meses de invierno entre mayo y agosto concentraron el 47.8 % de los casos notificados en 2021. La incidencia se incrementó notablemente durante estos meses, llegando a un máximo de 3408 casos por cada 100 000 niños en el mes de junio (MINSA, 2022), tal como se puede ver en la Figura 2.

En cuanto a la distribución geográfica, en 2021 los departamentos de la selva presentaron las mayores incidencias, siendo Loreto el de mayor tasa con 7652 casos por 100 000 niños menores de 5 años. Le siguieron Ucayali (5990/100 000), Madre de Dios (4744/100 000), Amazonas (4528/100 000) y San Martín (4207/100 000). En contraste, los departamentos costeros y andinos exhibieron menores incidencias, aunque siguen representando un problema de salud pública (MINSA, 2022), como se ve en la Figura 3.

Figura 2

Número de episodios de neumonía en menores de 5 años por SE, Perú
2021 – 2023



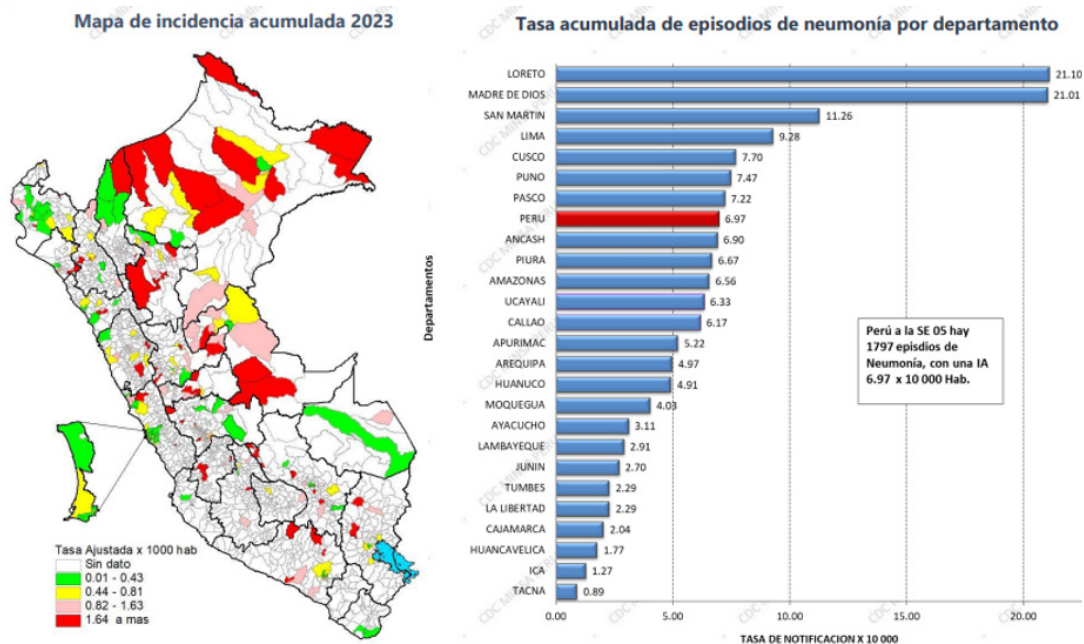
Nota Tomado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE05/neumonias.pdf>

Por último, según el quintil de pobreza, en 2021 la incidencia de neumonía infantil en el quintil más pobre fue de 4176 casos por cada 100 000 niños, mientras que en el quintil más rico fue de 1703/100 000. Esta brecha de más del doble entre los extremos evidencia la estrecha relación entre pobreza y mayor riesgo de neumonía que existe en el país (MINSA, 2022).

Investigaciones recientes han arrojado luz sobre los factores de riesgo asociados a la neumonía infantil en el Perú. Según Antiporta et al. (2021), la desnutrición infantil y la anemia aumentan hasta cinco veces el riesgo de muerte por neumonía en niños menores de 5 años.

Figura 3

Incidencia acumulada de episodios por neumonía en menores de 5 años según departamentos, Perú 2023



Nota Tomado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE05/neumonias.pdf>

Otro factor significativo es la falta de completitud de vacunación, que duplica el riesgo de hospitalización y mortalidad, como se ha evidenciado en un estudio de Suárez-Ognio et al. (2022). Estos hallazgos subrayan la necesidad de enfoques de salud pública que aborden estos factores de riesgo y promuevan la prevención y el tratamiento oportuno.

A pesar de que la incidencia y mortalidad por neumonía infantil han experimentado una tendencia descendente en la última década en el Perú, la neumonía continúa siendo una de las principales causas evitables de muerte en la niñez, especialmente en zonas de mayor pobreza y con barreras en el acceso a servicios de salud de calidad (MINSA, 2020). Por lo tanto, es fundamental mantener y fortalecer los esfuerzos dirigidos a

la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de la neumonía infantil, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

En resumen, la neumonía representa un importante problema de salud pública en el Perú que afecta principalmente a la población infantil menor de 5 años, especialmente en las regiones de selva y costa norte, así como a aquellos en situación de pobreza y desnutrición. Abordar eficazmente la neumonía infantil y sus determinantes sociales debe ser una prioridad en las políticas de salud dirigidas a la primera infancia en el país.

3.2. Situación y condiciones socioambientales de la población

La provincia de Lampa, situada en la parte Centro Occidental del departamento de Puno, se distingue por su ubicación geográfica precisa. Con coordenadas de 15°21' 54" de Longitud Sur y 70°22'03" de Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich, Lampa comparte fronteras al norte con las provincias de Melgar y Azángaro, al sur con la provincia de San Román, al sureste con la provincia de Caylloma en el departamento de Arequipa y Ubinas en el departamento de Moquegua, y al oeste con las provincias de Espinar y Canas en el departamento de Cusco (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2007). La provincia se extiende sobre una superficie de 7389 km² y se encuentra dividida en diez distritos: Lampa, Palca, Vila Vila, Ocuviri, Nicasio, Pucará, Calapuja, Cabanilla, Santa Lucía y Paratía (Municipalidad Provincial de Lampa, 2020).

El clima en la provincia de Lampa es sumamente variado y característico de la región. Durante los meses de mayo, junio, julio y agosto, prevalecen las heladas intensas en el invierno, acompañadas de fuertes vientos en el mes de agosto. Por otro lado, los meses de septiembre, octubre y noviembre disfrutan de un clima más suave y templado, característico de la primavera. No obstante, el período lluvioso, matizado por nevadas y granizadas, se extiende a lo largo de los meses de diciembre, enero, febrero, marzo y abril (SENAMHI, 2015).

La provincia de Lampa se encuentra en la unidad geográfica Sierra, que abarca el 100 % de su superficie. Dentro de esta región montañosa, cruza la cadena occidental de la Cordillera de los Andes, presentando altitudes que oscilan desde los 3842 m. s. n. m. hasta alturas que superan los 5000 m. s. n. m. (INEI, 2007). Este entorno geográfico se traduce en un clima frío y seco, con temperaturas promedio que varían entre 5°C y 13°C (SENAMHI, 2015). La accidentada y extensa geografía de la provincia, junto con su población rural dispersa, ha

llevado a la organización de sus Establecimientos de Salud en REDESS, Cabecera de Red y Micro Redes, con el objetivo de facilitar la operatividad y funcionalidad de referencia y contrarreferencia en la atención de salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2011).

En este contexto, la RED de Salud de Lampa abarca seis distritos: Lampa, Palca, Vila Vila, Paratía, Santa Lucía y Cabanilla. Por su parte, los distritos de Pucará y Ocuvi se han asignado a la REDESS Melgar, mientras que Nicasio y Calapuja forman parte de la REDESS San Román debido a la accesibilidad de sus establecimientos. Esta organización administrativa busca atender las necesidades de atención médica en una provincia con desafíos geográficos significativos (MINSA, 2011).

El altiplano puneño se caracteriza por ser testigo de un fuerte proceso migratorio de la población campesina hacia los centros y pueblos de mayor desarrollo relativo en la región, como Arequipa, Moquegua, Tacna, Puno y Juliaca. Esta migración es más pronunciada en las economías de subsistencia y afecta principalmente a los poblados del sector rural, con mayor incidencia en el grupo de edades de 20 a 29 años, predominando el sexo masculino (INEI, 2017). Este indicador pone de manifiesto que los campesinos, motivados por la perspectiva de mejoras económicas futuras, tienden a desplazarse hacia diferentes regiones y centros urbanos. Dichas corrientes migratorias suelen ser temporales y se realizan en las épocas posteriores a los períodos de siembra y cosecha, cuando los recursos productivos para movilizar la fuerza de trabajo familiar se vuelven

limitados (Tapia, 2015). En este contexto, los jefes de familia se convierten en los principales emigrantes, lo que tiene un impacto significativo en la estructura familiar y en la vida económica y social de la provincia de Lampa (Tapia, 2015).

Con respecto a la distribución de la población en los distintos distritos de la provincia, se observa que el distrito de Lampa alberga aproximadamente el 27.7 % de los 43 461 habitantes de la provincia. Le siguen en población el distrito de Santa Lucía con un 17.0 %, Cabanilla con un 12.8 %, y Vila Vila con la menor población, representando solamente el 1.7 % del total provincial (INEI, 2017). Cabe destacar que la densidad poblacional de la provincia de Lampa en la actualidad es de 6.7 habitantes por kilómetro cuadrado, con un crecimiento demográfico anual del 4.2 % (INEI, 2017).

La provincia de Lampa está inmersa en la cultura quechua, donde el idioma quechua es predominante y es un pilar fundamental de esta cultura (Ministerio de Cultura, 2015). Además, el nivel educativo y la conciencia de salud en la población, especialmente entre las madres, son aspectos que requieren atención y desarrollo, ya que el desconocimiento de signos y síntomas puede generar un panorama desafiante que favorece la mortalidad por enfermedades como las neumonías (OPS, 2017). Asimismo, la escasa participación comunitaria activa de los líderes locales también representa un obstáculo en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la comunidad (MINSA, 2011).

3.3. Objetivos de la investigación

3.3.1. Objetivo general

Definir la participación comunitaria activa de los líderes de la comunidad en la disminución de la tasa de mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años en la Redess Lampa 2004-2007.

3.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los roles que desempeñan los agentes comunitarios en la Redess Lampa.
- Determinar el nivel de conocimiento que tienen los líderes de la comunidad acerca de la neumonía en niños menores de 5 años en sus dimensiones conceptual, signos, síntomas, complicaciones y factores condicionantes en la Redess Lampa durante los años 2004-2007.
- Determinar el nivel de percepción actitudinal que tienen los líderes de la comunidad acerca del problema de la neumonía en niños menores de 5 años en sus dimensiones evaluación de necesidades, liderazgo, gestión, organización, movilización de recursos y participación comunitaria.

3.4. Diseño y tipo de investigación

El tipo y diseño de estudio son elementos cruciales en la investigación, ya que determinan la metodología utilizada y la profundidad de análisis. En este caso, el estudio se enfoca en un problema de investigación aplicado, específicamente en la disminución de la mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años en la Red de Salud de Lampa durante el periodo 2004-2007.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio se clasifica como cuantitativo, lo que implica que se ha empleado una aproximación numérica y analítica para abordar el problema de investigación (García, 2018). Esta metodología cuantitativa se alinea con el enfoque de obtener datos cuantitativos que permitan un análisis más riguroso y generalizable de la participación comunitaria activa de los líderes de la comunidad en la reducción de la mortalidad por neumonía.

En cuanto a la profundidad de estudio, este se encuentra en un nivel exploratorio descriptivo. El enfoque exploratorio busca comprender

el fenómeno en cuestión en sus primeras etapas, lo que es fundamental para identificar patrones y relaciones que pueden requerir un análisis más detallado en investigaciones posteriores. La perspectiva descriptiva del estudio implica que se ha recopilado y analizado información detallada sobre la participación comunitaria de los líderes en la disminución de la mortalidad por neumonía, lo que ofrece una visión más precisa de la situación en la Red de Salud de Lampa.

En lo que respecta al periodo de estudio, se ha adoptado un enfoque longitudinal (Rodríguez, 2019). Esto significa que la investigación se ha llevado a cabo a lo largo de un período de tiempo específico, en este caso, entre los años 2004 y 2007. Este diseño longitudinal permite observar y analizar las tendencias y cambios en la participación comunitaria y la mortalidad por neumonía a lo largo de un intervalo de tiempo, lo que es valioso para comprender mejor la evolución de estos factores.

El diseño de investigación en sí se caracteriza como retrospectivo y descriptivo (López, 2020). La naturaleza retrospectiva implica que se ha realizado una revisión de datos e información histórica relacionada con la participación de los líderes comunitarios en la reducción de la mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años en la Red de Salud de Lampa durante el periodo mencionado. El enfoque descriptivo, por otro lado, implica que el estudio se ha centrado en proporcionar una descripción detallada y precisa de estos eventos, sus causas y consecuencias.

El proceso de selección de la población y la muestra es fundamental en cualquier investigación, ya que determina la representatividad de los datos y la validez de las conclusiones obtenidas. En este estudio, se ha abordado la población y la muestra en función de dos grupos principales: los agentes comunitarios de la Red de Salud de Lampa y los líderes de las comunidades en la jurisdicción de la Redess Lampa.

La población 1 se refirió a todos los agentes comunitarios de la Red de Salud de Lampa. Para llevar a cabo este estudio, se ha tomado en cuenta

la característica relativamente homogénea y no sesgada de los agentes comunitarios, lo que ha permitido seleccionar una muestra representativa mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esto implica que se ha seleccionado un agente comunitario de cada establecimiento de manera conveniente, considerando la similitud de características entre ellos (Smith, 2019).

La población 2 estuvo conformada por la población estimada de todos los líderes de las diversas comunidades inscritas dentro de la jurisdicción de la Redess Lampa, con un estimado de 708 líderes. Para garantizar la representatividad de la muestra, se han establecido criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión han permitido seleccionar a líderes de las comunidades donde se ha presentado mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años durante el período 2004-2007, lo que está directamente relacionado con el objetivo de la investigación. Además, se ha considerado la capacidad de lectura y escritura como un criterio de inclusión, lo que asegura que los líderes puedan participar activamente en el proceso de recopilación de datos (Johnson, 2018). Mientras que los criterios de exclusión se han aplicado a líderes de las comunidades que no saben leer y escribir, ya que la habilidad de comprensión y comunicación escrita es esencial para participar en la encuesta.

En cuanto al tamaño de la muestra, se han aplicado tres enfoques diferentes debido a las particularidades de cada grupo de población:

- La muestra número 1, que corresponde a los agentes comunitarios, se ha seleccionado utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esto se debe a la homogeneidad y falta de sesgo en las características de estos agentes.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

Tabla 1

Establecimientos de salud REDESS LAMPA 2003

Establecimiento	Centro de salud	Puesto de salud
No focalizado	0	1
Focalizado	1	4
Clas	2	8
Total	3	13

$$n = 16$$

Tamaño de muestra

- La muestra probabilística número 2 se ha aplicado considerando el tamaño de muestra por proporciones, dado que se conoce la población estimada de niños menores de 5 años en 2004, lo que facilita el cálculo de una muestra representativa mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

P = 0.01 (Proporción de mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años)

Q = 0.99 (Proporción de niños menores de 5 años vivos)

Z = 95 % (Nivel de confianza)

E = 0.039 (Error absoluto de muestreo)

D = 0.039 (Error relativo de muestreo)

N = 4114 (Población estimada de niños al 2004)

$$n = 25$$

Tamaño de muestra

- La muestra probabilística número 3 también se ha seleccionado utilizando el tamaño de muestra por proporciones, ya que se dispone de información sobre la población estimada de los líderes de la comunidad en la jurisdicción de la Redess Lampa. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

p = 0.04 (Proporción de líderes dentro de la comunidad)

q = 0.96 (Proporción de No líderes dentro de la comunidad)

Z = 95 % (Nivel de confianza)

E = 0.08 (Error absoluto de muestreo)

D = 0.039 (Error relativo de muestreo)

N = 708 (Población estimada de niños al 2004)

$$n = 80$$

Tamaño de muestra

En conjunto, la selección de población y muestra se ha abordado de manera rigurosa, teniendo en cuenta la representatividad y la idoneidad de los participantes para responder a las preguntas de la encuesta. Esto garantiza que los datos recopilados sean relevantes y aplicables a los objetivos de

la investigación, proporcionando una base sólida para el análisis y las conclusiones finales.

3.5. Técnicas e instrumentos de investigación

Los métodos e instrumentos empleados en este estudio desempeñan un papel fundamental en la recopilación de información para la investigación. Para abordar el problema de investigación relacionado con la disminución de la mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años en la Red de Salud de Lampa durante el periodo 2004-2007, se han utilizado técnicas específicas para obtener datos significativos.

En primer lugar, se ha empleado la técnica de la entrevista mediante una encuesta estructurada. Esta técnica se ha aplicado con el propósito de establecer una comunicación interpersonal efectiva con los agentes comunitarios de salud, con el fin de identificar los roles que desempeñan en la Red de Salud de Lampa (García, 2018). Esta etapa inicial permitió obtener información valiosa sobre las funciones y participación de los agentes comunitarios en la red.

La primera etapa de la investigación involucró una encuesta informativa que se centró en los agentes comunitarios de salud que tienen un vínculo directo con la Red de Salud de Lampa. Esta encuesta se basó en un instrumento cualitativo pentadimensional, en el cual se asignaron valores ordinales para evaluar la participación comunitaria de estos agentes (Rodríguez, 2019). Los valores oscilaban entre 0, que expresaba una nula participación, y 5, que se catalogaba como participación amplia. A través de esta encuesta, se logró identificar las características más frecuentes de los agentes comunitarios de salud y diagnosticar su estado situacional en la Red de Salud de Lampa.

La segunda etapa de la investigación se centró en dos encuestas informativas adicionales. La primera de ellas se enfocó en medir el nivel de conocimiento de los líderes de la comunidad sobre la neumonía en

niños menores de 5 años, mientras que la segunda evaluó las actitudes de los líderes hacia la participación comunitaria como un medio para contrarrestar la neumonía. Estas encuestas se basaron en los resultados obtenidos en la primera etapa con los agentes comunitarios, y se utilizaron para generalizar el conocimiento, las percepciones y las actitudes de los líderes comunitarios en relación con sus roles y la participación comunitaria activa (López, 2020). La población objetivo para esta etapa de la investigación fue de 80 líderes de distintas comunidades dentro del ámbito de la Red de Salud de Lampa.

En términos de instrumentos, se utilizó una guía de encuesta estructurada para la obtención de los datos pertinentes. Estas guías proporcionaron una estructura sólida para la recopilación de datos y aseguraron que se obtuviera información relevante y coherente de los participantes en el estudio.

En conjunto, estas técnicas y herramientas permitieron la recopilación de datos esenciales para abordar el problema de investigación y evaluar la participación comunitaria de los agentes comunitarios de salud y líderes de la comunidad en la reducción de la mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años en la Red de Salud de Lampa.

CAPÍTULO IV

DETECCIÓN PRECOZ DE NEUMONÍA POR PROMOTORES DE SALUD EN EL PERÚ

4.1. Roles de los agentes comunitarios en las REDESS LAMPA

Participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años. REDESS LAMPA 2004-2007

Tabla 2

Identificación de los roles que realizan los agentes comunitarios de la REDESS LAMPA

Indicadores		N°	%
EVALUACIÓN DE NECESIDADES		16	100 %
0	Ningún tipo de participación	1	6 %
1	Informa al servicio de salud sobre problemas puntuales identificados por demanda espontánea.	12	75 %
2	Responden a requerimientos de información de servicios de salud para identificar necesidades de salud.	3	19 %

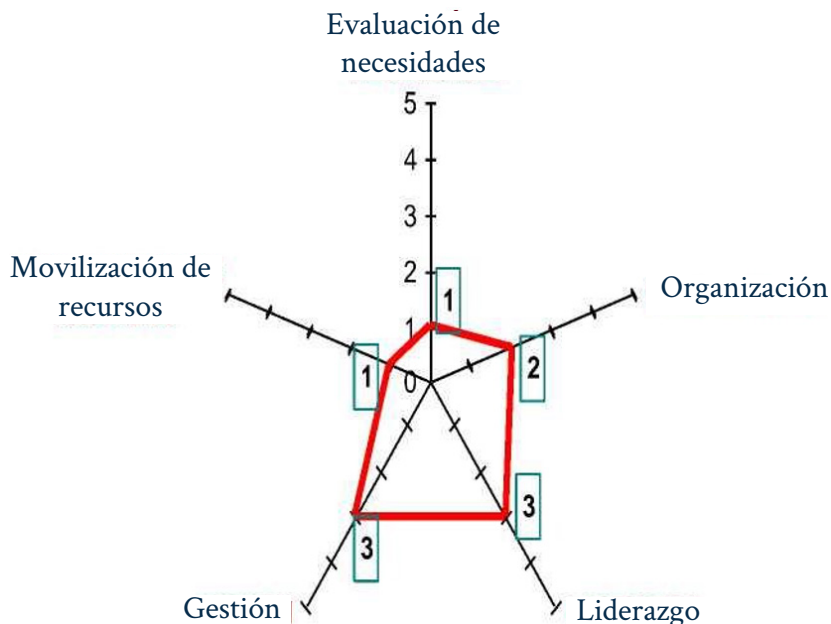
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

Indicadores		N°	%
ORGANIZACIÓN		16	100 %
1	Los promotores son elegidos por convocatoria de establecimientos de salud u otras organizaciones.	6	38 %
2	Los promotores son elegidos por la población.	10	63 %
LIDERAZGO		16	100 %
1	1) Promotores reconocidos solo por un sector de la población	2	13 %
2	2) Promotores reconocidos por toda la población.	5	31 %
3	3) Promotores reconocidos por toda la población y por los servicios de salud	9	56 %
GESTION		16	100 %
1	Promotores orientan a acudir o conducen personalmente a los servicios a personas con problemas de salud que los buscan por demanda espontánea	7	44 %
3	Convocan a la población a participar en actividades masivas programadas	9	56 %
MOVILIZACIÓN DE RECURSOS		16	100 %
1	Promotores reciben pasivamente los recursos que el MINSA les da.	11	69 %
2	Promotores consiguen por su iniciativa los recursos necesarios de parte del MINSA.	5	31 %

La Tabla 2 representa las cinco dimensiones que caracterizan de manera adecuada los roles que desempeñan los agentes comunitarios de salud, los que están valorados de manera ordinal y, en el que el valor cero expresa una “nula participación”, mientras que los valores 1, 2, 3, 4 y 5 están catalogados como “pequeño”, “restringido”, “medio”, “abierto” y “amplia” respectivamente. Es así que, respecto a la evaluación de necesidades el 75 % de los agentes comunitarios tienen una pequeña participación, mientras que, con respecto a la organización un 63 % de los encuestados indican tener una participación restringida.

Figura 4

Diagrama de identificación de los roles de los agentes comunitarios de la Redess Lampa



Así notamos también, que el valor más frecuente (56 %) basado en el liderazgo y gestión está representado por el numeral tres cuya cualificación es de carácter medio. A su vez, la escala de medición sobre la movilización de recursos (69 %) corresponde a una pequeña participación.

4.2. Nivel de conocimiento de los líderes de la comunidad sobre la neumonía

Participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años. REDESS LAMPA 2004-2007

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

Tabla 3

Nivel de conocimiento de los líderes de la comunidad sobre la neumonía en el ámbito que comprende la Redess Lampa

Conocimiento	Deficiente	Regular	Bueno	TOTAL
CONCEPTUAL				
¿Qué es neumonía?	1	21	58	80
	1 %	26 %	73 %	100 %
¿Por qué cree que se enferma el niño?	2	4	74	80
	3 %	5 %	93 %	100 %
SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES				
Manifestación inicial de la neumonía	3	14	63	80
	4 %	18 %	79 %	100 %
Manifestación tardía de la neumonía	14	30	36	80
	18 %	38 %	45 %	100 %
¿Cuáles son las complicaciones?	2	2	76	80
	3 %	3 %	95 %	100 %
FACTORES CONDICIONANTES				
Cuidados indirectos que evitan la neumonía	2	39	39	80
	3 %	49 %	49 %	100 %
Cuidados directos que evitan la neumonía	9	20	51	80
	11 %	25 %	64 %	100 %

Al analizar la Tabla 3 que corresponde al nivel de conocimientos que tienen los líderes de la comunidad respecto a la neumonía, tanto en sus categorías: conceptual, síntomas, complicaciones y factores condicionantes se obtuvo los siguientes resultados:

- El 73 % de los líderes de la comunidad conceptualizan de manera adecuada (buena) la neumonía, esta misma categorización también otor-

gan los líderes de la comunidad, pero en mayor porcentaje (93 %) al preguntarles sobre las características por las que cree que su niño se enferma con neumonía.

- Respecto a las manifestaciones de los síntomas iniciales, los líderes de la comunidad logran identificar acertadamente en un 79 %, sin embargo, solo un 45 % del total de estos líderes tienen conocimiento para detectar las manifestaciones tardías de la neumonía de manera óptima.
- También se vislumbró en esta tabla que un 95 % de los líderes identifica coherentemente las complicaciones cuando un infante tiene neumonía.
- Al preguntarles sobre los cuidados indirectos que se debería tener para evitar la neumonía, el 49 % de ellos manifiestan con precisión tales cuidados, así mismo respecto a los cuidados directos que se debería tener para evitar la neumonía, ellos afirman correctamente en un 64 %.

4.3. Nivel de percepción actitudinal que tienen los líderes de la comunidad

4.3.1. Necesidades

Participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años. REDESS LAMPA 2004-2007

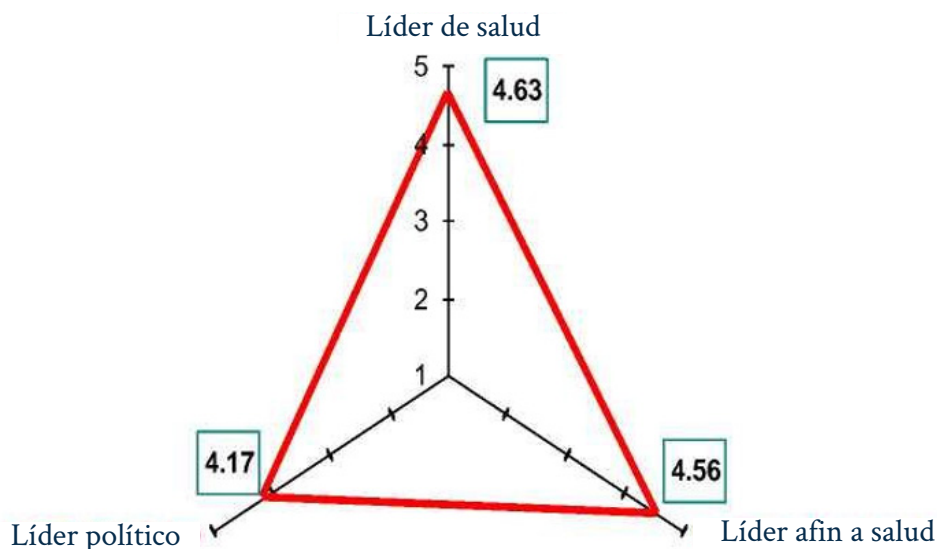
Tabla 4

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad deben informar al servicio de salud sobre los problemas puntuales identificados en la comunidad?

Escala	Frecuencia	Porcentaje
En desacuerdo	2	3 %
Indeciso	1	1 %
De acuerdo	32	40 %
Totalmente de acuerdo	45	56 %
Total	80	100 %

Figura 5

Percepción de los líderes de la comunidad al deber de informar a los servicios de salud sobre problemas puntuales identificados por demanda espontánea



La Tabla 4 manifiesta la percepción que tienen los líderes de la comunidad respecto al deber de informar a los servicios de salud sobre los problemas puntuales identificados en la comunidad, donde casi la totalidad de estos líderes (96 %) sostienen estar de acuerdo o totalmente de acuerdo frente a esta actitud, en oposición a lo mencionado solo un 3 % indica estar en desacuerdo, seguido del 1 % de los líderes quienes se tornan ambivalentes frente a esta pregunta. Es así que en la Figura 5 se denota con especificidad la participación de los líderes de la comunidad, en el que los líderes de salud, líderes afines a salud y líderes políticos presentan los promedios de 4.63, 4.56 y 4.17 respectivamente, valores que guardan relación con el calificativo “de acuerdo, equivalente a 4”, a “totalmente de acuerdo, equivalente a 5”, con una mayor tendencia a estar totalmente de acuerdo.

4.3.2. Liderazgo

Participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años. REDESS LAMPA 2004-2007

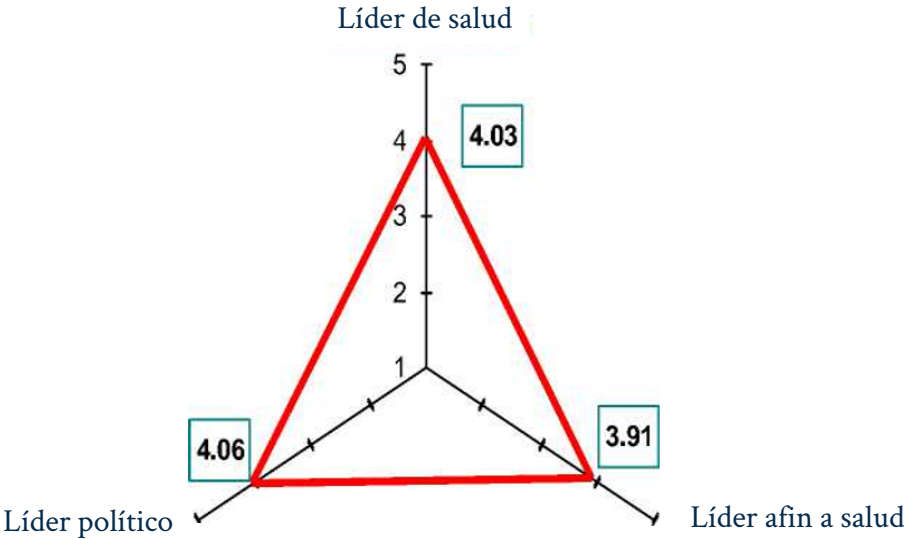
Tabla 5

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad deben informar al servicio de salud sobre los problemas puntuales identificados en la comunidad?

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4 %
En desacuerdo	9	11 %
Indeciso	3	4 %
De acuerdo	36	45 %
Totalmente de acuerdo	29	36 %
Total	80	100 %

Figura 6

Percepción de los líderes de la comunidad al ser reconocidos por los servicios de salud por el desempeño en la disminución de la neumonía



PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

La Tabla 5 manifiesta la percepción que tienen los líderes de la comunidad respecto al reconocimiento que otorga los servicios de salud por las acciones que realizan estos líderes a favor de la disminución de la neumonía, donde la mayoría (81 %) sostienen estar de acuerdo o totalmente de acuerdo frente a esta actitud, en oposición a lo mencionado solo un 15 % indica estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, seguido de un 4 % de los líderes quienes se tornan indecisos frente a esta pregunta. Es así que en la Figura 6 se denota con especificidad la participación de los líderes de la comunidad, en el que los líderes políticos, líderes de salud y líderes afines a salud presentan los promedios de 4.06, 4.03 y 3.91 respectivamente, valores que guardan relación con el calificativo “de indeciso, equivalente a 3”, a “de acuerdo, equivalente a 4”, con una tendencia generalizada a estar de acuerdo.

4.3.3. Gestión

Participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años. REDESS LAMPA 2004-2007

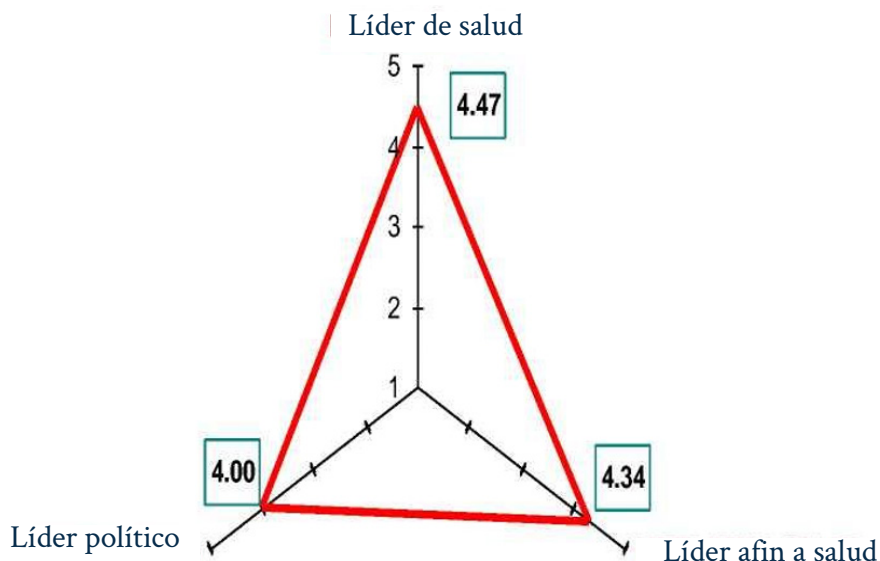
Tabla 6

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad deben convocar a la población a participar en actividades masivas programadas por los servicios de salud?

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	3 %
En desacuerdo	4	5 %
De acuerdo	35	44 %
Totalmente de acuerdo	39	49 %
Total	80	100 %

Figura 7

Percepción de los líderes de la comunidad por convocar a la población a participar en actividades masivas programadas por los servicios de salud



La Tabla 6 manifiesta la percepción que tienen los líderes de la comunidad respecto al poder de convocatoria masiva que deben tener a favor de las actividades programadas por los servicios de salud, casi la totalidad de estos líderes (93 %) sostienen estar de acuerdo o totalmente de acuerdo frente a esta actitud, en oposición a lo mencionado solo un 8 % indica estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, seguido de un 4 % de los líderes quienes se tornan indecisos frente a esta pregunta. Es así que en la Figura 7 se denota con especificidad la participación de los líderes de la comunidad, en el que los líderes de salud, líderes afines a salud y líderes políticos presentan los promedios de 4.47, 4.34 y 4.00 respectivamente, valores que guardan relación con el calificativo “de acuerdo, equivalente a 4”, a “totalmente de acuerdo, equivalente a 5”, con una mayor tendencia a estar de acuerdo.

4.3.4. Organización

Participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años. REDESS LAMPA 2004-2007

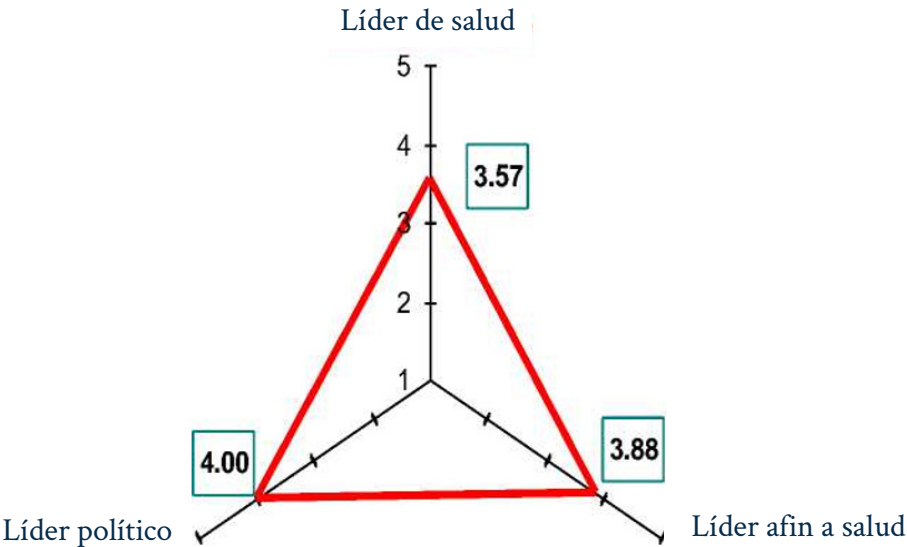
Tabla 7

A la pregunta: *¿Los líderes de la comunidad deben ser elegidos democráticamente por la población?*

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	5	6 %
En desacuerdo	8	10 %
Indeciso	10	13 %
De acuerdo	33	41 %
Totalmente de acuerdo	24	30 %
Total	80	100 %

Figura 8

Percepción de los líderes de la comunidad sobre la elección democrática de sus representantes



PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

La Tabla 7 manifiesta la percepción que tienen los líderes de la comunidad respecto a la elección democrática que deben tener sus representantes, donde la mayoría de estos líderes (71 %) sostienen estar de acuerdo o totalmente de acuerdo frente a esta actitud, en oposición a lo mencionado solo un 16 % indica estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, seguido del 13 % de los líderes quienes se tornan ambivalentes frente a esta pregunta. Es así que en la Figura 8 se denota con especificidad la participación de los líderes de la comunidad, en el que los líderes políticos, líderes afines a salud y líderes de salud presentan los promedios de 4.00, 3.88 y 3.57 respectivamente, valores que guardan relación con el calificativo “de indeciso, equivalente a 3”, a “de acuerdo, equivalente a 4”, con una tendencia generalizada a estar de acuerdo.

4.3.5. *Mobilización de recursos*

Participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años. REDESS LAMPA 2004-2007

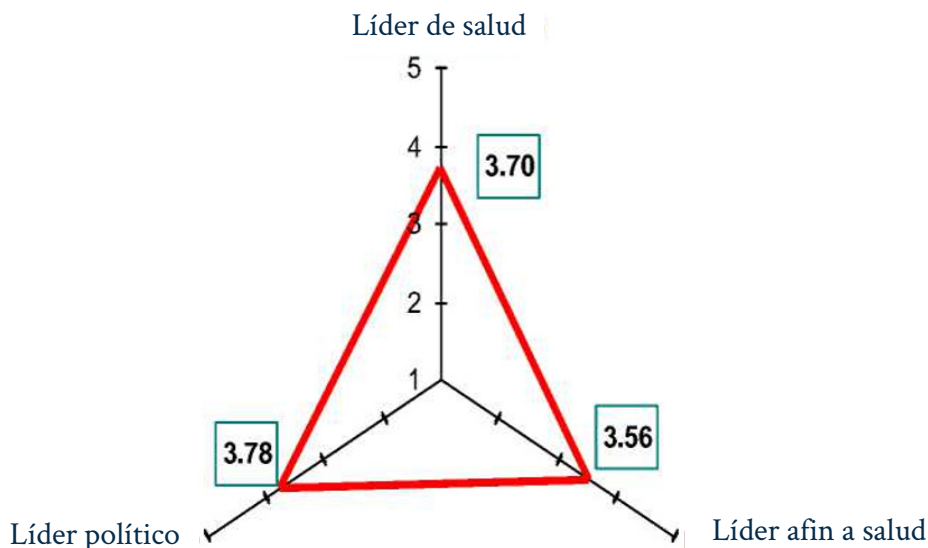
Tabla 8

A la pregunta: ¿Los líderes de la comunidad reciben pasivamente los recursos que el MINSA les da para disminuir la mortalidad por neumonía?

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4 %
En desacuerdo	18	23 %
Indeciso	4	5 %
De acuerdo	33	41 %
Totalmente de acuerdo	22	28 %
Total	80	100 %

Figura 9

Percepción de los líderes de la comunidad sobre la recepción pasiva de los recursos que el MINSA da para disminuir la mortalidad por neumonía



La Tabla 8 manifiesta la percepción que tienen los líderes de la comunidad respecto al acto de recibir pasivamente los recursos que el MINSA da para disminuir la mortalidad por neumonía, donde la mayoría de estos líderes (69 %) sostienen estar de acuerdo o totalmente de acuerdo frente a esta actitud, en oposición a lo mencionado solo un 27 % indica estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, seguido de un 5 % de los líderes quienes se tornan indecisos frente a esta pregunta. Es así que en la Figura 9 se denota con especificidad la participación de los líderes de la comunidad, en el que los líderes políticos, líderes de salud y líderes afines a salud presentan los promedios de 3.78, 3.70 y 3.56 respectivamente, valores que se encuentran entre el calificativo “de indeciso, equivalente a 3”, a “de acuerdo, equivalente a 4”, con una mayor tendencia a estar de acuerdo.

4.3.6. Participación comunitaria

Participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años. REDESS LAMPA 2004-2007

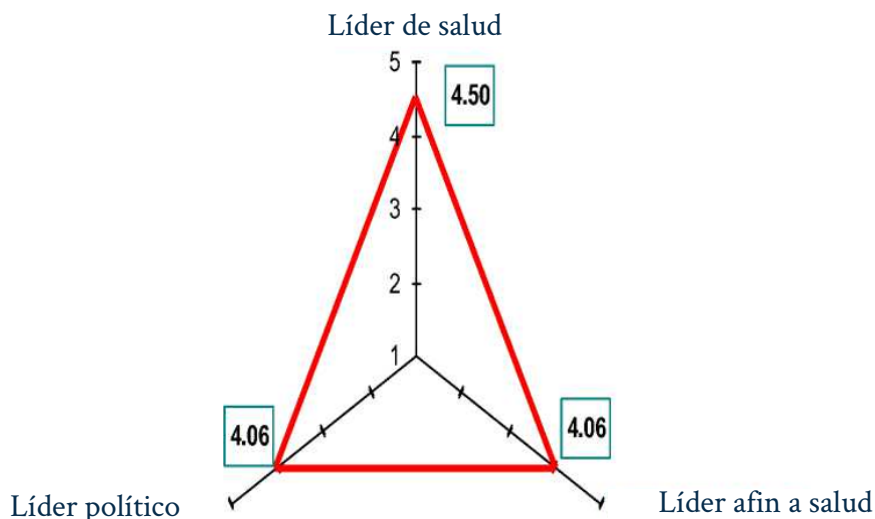
Tabla 9

A la pregunta: Como líder de la comunidad, ¿creo que para que no se enfermen ni mueran los niños por neumonía depende de la participación activa de los padres y líderes?

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	4 %
En desacuerdo	2	3 %
Indeciso	3	4 %
De acuerdo	38	48 %
Totalmente de acuerdo	34	43 %
Total	80	100 %

Figura 10

Expectativa de los líderes de la comunidad para que no se enfermen ni mueran los niños por neumonía



Expectativa de los líderes de la comunidad para que no se enfermen ni mueran los niños por neumonía. La Tabla 9 manifiesta la expectativa que tienen los líderes de la comunidad respecto a la participación activa tanto de los padres y líderes para que los niños no se enfermen ni mueran, donde la mayoría de estos líderes (91 %) sostienen estar de acuerdo o totalmente de acuerdo frente a esta actitud, en oposición a lo mencionado solo un 7 % indica estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, seguido de un 4 % de los líderes quienes se tornan indecisos frente a esta pregunta. Es así que en la Figura 10 se denota con especificidad la participación de los líderes de la comunidad, en el que los líderes de salud, líderes afines a salud y líderes políticos presentan los promedios de 4.50, 4.06 y 4.06 respectivamente, valores que se encuentran entre el calificativo “de acuerdo, equivalente a 4”, a “totalmente de acuerdo, equivalente a 5”. con una mayor tendencia a estar de acuerdo.

4.4. Discusión y conclusiones

4.4.1. Discusión de los resultados

Al considerar las cinco dimensiones que caracterizan de manera adecuada los roles que desempeñan los agentes comunitarios de salud las que están valoradas de manera ordinal y se visualiza que a la evaluación de necesidades el 75 % de los agentes comunitarios de salud tienen una pequeña participación, mientras que con respecto a la organización un 63 % de los encuestados tienen una participación restringida y de acuerdo a las respuestas más frecuentes que dieron los agentes comunitarios de salud (moda), como medida de tendencia central para la evaluación de los roles respecto a su desempeño, nos percatamos en la Figura 1 una coincidencia en los valores tanto de las dimensiones de: evaluación de necesidades, organización, liderazgo y gestión con el trabajo realizado por CARE PERÚ (2001), en el estudio titulado “Lecciones aprendidas sobre agentes comunitarios de salud en el Perú”, cuyo ámbito específico de desarrollo corresponde a la provincia de Azángaro y en el que solo difiere en la dimensión de movilización de recursos, asumiendo la cualificación

de “pequeño, ponderación 1” para nuestra investigación, mientras que el estudio realizado por CARE PERÚ obtuvo una calificación de “restringido, ponderación 2”.

Esta diferencia puede corresponder a factores psicosociales, donde una de las características de los agentes comunitarios de la Redess Lampa es su conformismo, y poca comunicación a nivel interinstitucional en aras de captación de recursos de entidades públicas y/o privadas.

Debido que en otras sociedades el rol de estos mismos agentes comunitarios es mucho más participativo, la cual refleja en el instrumento utilizado que conforma las medidas de evaluación, donde a la realidad de la REDESS Lampa, sobre el desempeño de los agentes comunitarios, se ubica a una participación menos o igual a regular (medio).

Esto significa que se tiene que buscar estrategias adecuadas para conllevar a una mayor participación comunitaria de los líderes hacia las comunidades.

En una investigación reciente realizada por Cáceres-Manrique et al. (2019), se evaluó la efectividad de una intervención educativa sobre neumonía dirigida a madres y cuidadores en Colombia. Los resultados mostraron que la intervención aumentó significativamente el nivel de conocimiento de las madres y cuidadores sobre los signos de alarma, el reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno de la neumonía. Esto concuerda con los resultados de la presente investigación, donde se observó que la mayoría de los agentes comunitarios de salud poseían un buen nivel de conocimientos sobre neumonía. Ambos estudios destacan la importancia de implementar estrategias educativas para mejorar el reconocimiento y manejo comunitario de esta enfermedad.

En relación al nivel de conocimientos que tienen los líderes de la comunidad, decimos que el conocimiento bueno (73 %) indica que conceptualizan la neumonía y diferencian de otras patologías; de igual forma por las características que cree que se enferma el niño, un 93 % constituye una de

los aspectos interesantes para contribuir en la disminución de la mortalidad por neumonía, así mismo un 79 % conoce de la manifestación inicial de una neumonía frente a un 95 % , que son las complicaciones, lo cual constituye una oportunidad para la identificación precoz de neumonías y por ende contribuir a la disminución de la mortalidad; en tal caso está también dentro de la categoría de bueno los factores condicionantes, lo que significa que de algún modo tuvieron algún tipo de capacitación esto principalmente los agentes comunitarios de salud.

En los resultados, cuyos porcentajes que fluctúan entre 8 % a un 35 % (deficiente – regular) sobre conceptos, síntomas, complicaciones, factores condicionantes, podemos decir que aún este porcentaje de líderes no ha recibido capacitación principalmente los agentes de salud. Muñoz Lorena manifiesta que los agentes de salud requieren capacitación actualizada y práctica sobre IRA (infecciones respiratorias agudas) para favorecer el diagnóstico precoz a través del reconocimiento de los signos de alarma y el tratamiento oportuno con las medidas de apoyo recomendadas o la búsqueda de ayuda médica, para evitar complicaciones del resfriado común, como la neumonía.

En congruencia, Vélez et al. (2020) señalan que los agentes comunitarios desempeñan un rol clave en la identificación y manejo de casos de neumonía infantil. Por ello, requieren mayor capacitación para reconocer signos de alarma, brindar consejería adecuada a las familias y activar referencias oportunas cuando sea necesario. La formación continua de estos actores comunitarios es esencial para mejorar el abordaje de esta enfermedad.

Un plan de capacitación para los agentes de salud debe incluir aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que ofrezca mayor claridad en la ejecución de acciones proyectivas y preventivas relacionadas con la salud de la población infantil y en este caso específico con las infecciones respiratorias.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

Estos aspectos guardan relación con las consideraciones que están en el manual del AIEPI (atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia) comunitario, donde se da a conocer los aspectos básicos que deben conocer los agentes comunitarios de salud.

Tabla 10

Promedio global de los roles y participación comunitaria activa de los líderes de la comunidad

MEDICIÓN ACTITUDINAL	LÍDER DE LA COMUNIDAD			Promedio Global
	Salud	Afin	Político	
Percepción sobre la Evaluación de Necesidades (1)	4.63	4.56	4.17	4.5
Percepción sobre la Organización (2)	3.57	3.88	4	3.8
Percepción sobre el Liderazgo (3)	4.03	3.91	4.06	4.0
Percepción sobre la Gestión (3)	4.47	4.34	4	4.3
Percepción sobre la Movilización de recursos (1)	3.7	3.56	3.78	3.7
Expectativa sobre Participación Comunitaria Activa	4.3	4.16	4.15	4.2

Tras analizar la percepción de los promedios referenciales relacionados a los roles que realizan los líderes de la comunidad, percibimos que, respecto a la gestión y evaluación de necesidades los líderes de salud son los que en su mayoría están totalmente de acuerdo. Sin embargo, en relación al liderazgo y movilización de recursos, los líderes políticos son los que tienen la mejor valoración (de acuerdo), quedando detrás de ellos los líderes de salud. No obstante, con relación a la organización los líderes de salud tienen en su mayoría la más baja puntuación promedio, la que está por debajo de la opción de acuerdo (3.57). A su vez, al medir la expectativa

sobre la participación comunitaria activa de los líderes de la comunidad, quedó expreso que la mayor actitud de participación lo muestran los líderes de salud (4.3) en oposición a los líderes políticos quienes tienen la más baja puntuación (4.15), resaltando a manera general que existe una buena disponibilidad actitudinal para trabajar en plena participación comunitaria activa por parte de los líderes de la comunidad.

Así también percibimos al medir la percepción de los líderes de la comunidad respecto a los roles que desempeña, bajo una escala Likert de 5 categorías, notamos que la mayoría de los líderes de la comunidad están casi totalmente de acuerdo en las dimensiones de “evaluación de recursos” y “gestión”, asimismo en la dimensión “liderazgo” existe un valor que denota una cualificación de acuerdo. Mientras que en las dimensiones de “organización” y “movilización de recursos” la cualificación del líder de la comunidad se torna ambivalente o indeciso, las que tienen una ponderación de 3.8 y 3.7 respectivamente.

Estos hallazgos concuerdan con los resultados de un estudio realizado por Ramos et al. (2021), donde se evaluó la percepción del rol comunitario de líderes sociales en zonas vulnerables de Lima. Al igual que en la presente investigación, se encontró que los líderes de salud tenían mayor disposición para actividades de evaluación de necesidades y gestión de recursos locales, mientras que los líderes políticos evidenciaban mayores capacidades para la movilización de recursos externos. Sin embargo, en general los líderes mostraron importantes limitaciones organizativas que restringían una participación comunitaria más efectiva.

Ello principalmente se debe a que muchos líderes de la comunidad son conformistas, es decir, acostumbrados al paternalismo por los programas asistenciales de los gobiernos de turno. Si bien es cierto que pertenecen a una organización local, pero no asumen dicha responsabilidad con eficiencia, solo esperan que se les brinde algún tipo de estímulo, ni mucho menos se preocupan por la movilización de recursos de su comunidad.

En síntesis, se requiere fortalecer las capacidades organizativas y de gestión comunitaria de estos actores sociales, para potenciar su rol movilizador y lograr una participación comunitaria más activa y efectiva en la solución de los principales problemas locales.

4.4.2. Conclusiones

- Los roles que desempeñan los agentes comunitarios de salud de la Redess Lampa están valorados cualitativamente; cuya participación más frecuente llega a “informar al servicio de salud sobre los problemas identificados” y “reciben pasivamente los recursos que el MINSA les da; calificación “restringida” porque la mayoría de los “agentes comunitarios son elegidos por la población”. Puntuación “media” en liderazgo y gestión, cuya participación es que “los agentes comunitarios son reconocidos por la población y por los servicios de salud” y “por su capacidad de convocatoria a la población; y los niveles de apreciación están por debajo de la participación media que se espera que tengan los agentes comunitarios, calificaciones que son respaldados por CARE PERÚ (2001).
- El nivel de conocimiento sobre la neumonía de los líderes de la comunidad está catalogado de manera adecuada (buena), cuyos resultados están muy por encima del 50 %, lo que constituye una oportunidad para contribuir con la disminución de la mortalidad por neumonía.
- La percepción de los líderes de la comunidad respecto a los roles se nota que la mayoría de los líderes de la comunidad están casi totalmente de acuerdo en las dimensiones de “evaluación de recursos” y “gestión”, y en “liderazgo” existe un valor con una cualificación de acuerdo. Mientras que en las dimensiones de “organización” y “movilización de recursos” la cualificación del líder de la comunidad se torna ambivalente o indeciso, las que tienen una ponderación de 3.8 y 3.7 respectivamente. Respecto a medición de la expectativa sobre participación comunitaria de

los líderes de la comunidad existe una buena disponibilidad actitudinal para trabajar en participación comunitaria activa.

4.4.3. Recomendaciones

- Los directores encargados de las Redes y entes competentes al sector salud deben realizar investigaciones cuali-cuantitativas las que servirán como una alternativa viable de solución para la planificación de base y por ende superar la problemática encontrada.
- El personal profesional responsable de estrategias sanitarias debe considerar en el plan operativo actividades de proyección comunitaria acordes a la realidad de su jurisdicción incluyendo prioritariamente la participación de los líderes de la comunidad.
- El director de la Redess Lampa debe utilizar la información de la presente investigación para la toma de decisiones con el fin de contrarrestar la alta tasa de mortalidad a consecuencia de la neumonía.
- Posicionar el tema de mortalidad por neumonía en la agenda política y pública de la región y de la provincia con apoyo de las autoridades líderes comunitarios y medios de comunicación.

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE MODELO LÓGICO CAUSAL

5.1. Justificación

Si bien es cierto que, en las esferas de la Salud Pública a nivel de la Redess Lampa, la Mortalidad por Neumonía, constituye una prioridad sanitaria que se sustenta en el reconocimiento de la dignidad de las personas y en sus derechos universales, lo cual constituye a la realización plena de sus capacidades, basados en principios de derechos humanos de equidad, solidaridad, autonomía y todos ellos a través de la interacción entre los servicios de salud, y la participación activa de la comunidad.

La mortalidad por Neumonía es un problema sanitario que cumple el desarrollo individual y colectivo, y ello no puede ser solo enfrentado por el sector salud, ello requiere el apoyo de la comunidad en su conjunto, así como las autoridades locales; es necesario mencionar que, en el marco de la priorización de problemas sanitarias, la mortalidad por neumonía en el menor de 5 años ha sido priorizado con un enfoque de salud pública, lo que constituye una prioridad urgente.

Se han revisado situaciones en Salud, estrategias para disminuir el presente indicador negativo, pero no hubo impacto. Y es en ese entender se desarrolló este Modelo Lógico Causal, que es una herramienta que, a modo de hoja de ruta, nos facilitará, planear la intervención, pues nos ayuda a ordenar nuestras ideas, plantear objetivos puntuales, identificar los insumos con los que contamos y los que debemos conseguir decidir y planificar nuestros procesos y proyectar los resultados esperados a corto, mediano y largo plazo.

Por su naturaleza gráfica el modelo lógico requiere de pensamiento y planificación sistemáticos. Al describir la propuesta se vio las áreas de fortaleza y/o debilidad y es flexible, incluso cuando la intervención ya está en desarrollo, admite que se realice ajustes en los enfoques y cambia de rumbo a medida que se desarrolla los planes del programa y permitirá monitorear y evaluar las actividades propuestas a través de los indicadores dentro de los plazos establecidos.

5.2. Viabilidad de la propuesta

Para ello se ha tomado en cuenta los indicadores de proceso y resultado.

En relación a los indicadores de proceso están consideradas las actividades de capacitación, talleres, eventos, aplicación de protocolos, disponibilidad de medicamentos, y para ello se ha considerado en el plan de capacitación anual y es con el presupuesto al recurso ordinarios de la REDESS Lampa.

La otra viabilidad es con el presupuesto del SIS que permitirá el cumplimiento de actividades.

En cuanto a los indicadores de resultados y analizando cada uno de ellos, existe la plena viabilidad de alcanzar los resultados por la metodología que se va aplicar en las capacitaciones, pruebas de entrada y salida y la realización de talleres a través de los grupos conformados. El Monitoreo del cumplimiento de los conocimientos adquiridos, así como las actividades y

habilidades del personal y salud y los líderes de la comunidad, se realizará a través de los plazos establecidos y consiguientemente la disminución del impacto que es la mortalidad por neumonía, en el niño menor de 5 años de la Redess Lampa.

5.3. Objetivos y metodología

5.3.1. Objetivo General

- Desarrollar la propuesta del Modelo Lógico Causal, para la participación activa de la comunidad en la disminución de la mortalidad por neumonías en el niño menor de 5 años. Redess Lampa.

5.3.2. Objetivos Específicos

- Brindar al personal de salud de los diferentes niveles de atención, conocimientos de Normas Técnicas, atención integral, uso de protocolos para una atención de calidad, a través de las actividades propuestas en el modelo lógico causal de las actividades propuestas en el modelo lógico causal.
- Promover la participación activa de la comunidad en la contribución de la disminución de la mortalidad por neumonía a través de sensibilización, calificación, conformación de sistemas de vigilancia comunal creación de casas comunitarias y desarrollo de facilidades personales, en la captación, detección de signos precoces de la Neumonía; su atención y referencia según gravedad de casos de Neumonía
- Propiciar en los individuos, familias y comunidades saludables a través de capacitación la detección de signos de alarma de neumonía, implementación de cocinas mejoradas, alimentación y nutrición y que contribuirá a la disminución de la mortalidad por neumonía.

- Establecer estrategias de promoción a través del desarrollo de los componentes de información, educación, comunicación y abogacía, para la disminución de la mortalidad por neumonía en el menor de 5 años.
- Fortalecer la capacidad gerencial en todos los niveles de atención e los servicios de salud mediante indicadores de monitoreo y evaluación (proceso - resultado)
- Revisar indicadores en forma semestral para el monitoreo y evaluación.

5.3.3. Metodología

Explicativo, Modelo Lógico Causal.

Ámbito de propuesta: Comprende el total de establecimientos de salud de la Redess Lampa, departamento Puno.

Ubicación de Estudio: Se realizará a nivel de los Establecimientos de Salud de la Red de Servicios Redess Lampa, que comprende además 01 Hospital, 03 Centros de Salud y 13 Puestos de Salud.

5.4. Descripción del modelo lógico

Un modelo lógico es una imagen simplificada de una intervención que se plantea como respuesta a una situación que se desea cambiar para este caso es la Participación Comunitaria Activa en la disminución de la mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años de la Redess Lampa. Para ello se tomó en cuenta:

- **SITUACIÓN.** La situación que se quiere cambiar, teniendo en cuenta los factores causales que se conocen a través de la investigación realizada. Se ha considerado al estado, servicios de salud, comunidad y al individuo como ejes para los factores causales.

- **INSUMOS.** Que son los recursos humanos, financieros, organizacionales y comunitarios disponibles, accesibles necesarios, para este problema, se ha tomado en cuenta al personal de salud, normas directivas, protocolos, insumos médicos, comunidad individuo y familia.
- **PROCESO.** Que es la secuencia ordenada de actividades para lograr la estimulación y componen las actividades como capacitaciones, cursos, talleres de sensibilización, creación de casos comunitarios, sistema de vigilancia comunal (Sivico), desarrollo de habilidades personales, capacitación a líderes de la comunidad.
- **RESULTADO.** Cuáles son los cambios significativos que se logrará a través de los participantes y también los procesos que serán medidas a corto, mediano y largo plazo y llegar al impacto que es la disminución de la mortalidad por neumonía en el niño menor de 5 años.
- **INDICADORES.** Se consideraron indicadores, medibles y cuantitativos tanto para proceso y resultado.

En indicadores al proceso se consideró para cada uno de los componentes como son: actividades, participantes, producto respectivamente y para el resultado los indicadores a corto, mediano y largo plazo.

Propuesta de participación comunitaria activa en la disminución de la mortalidad por neumonía: modelo lógico causal

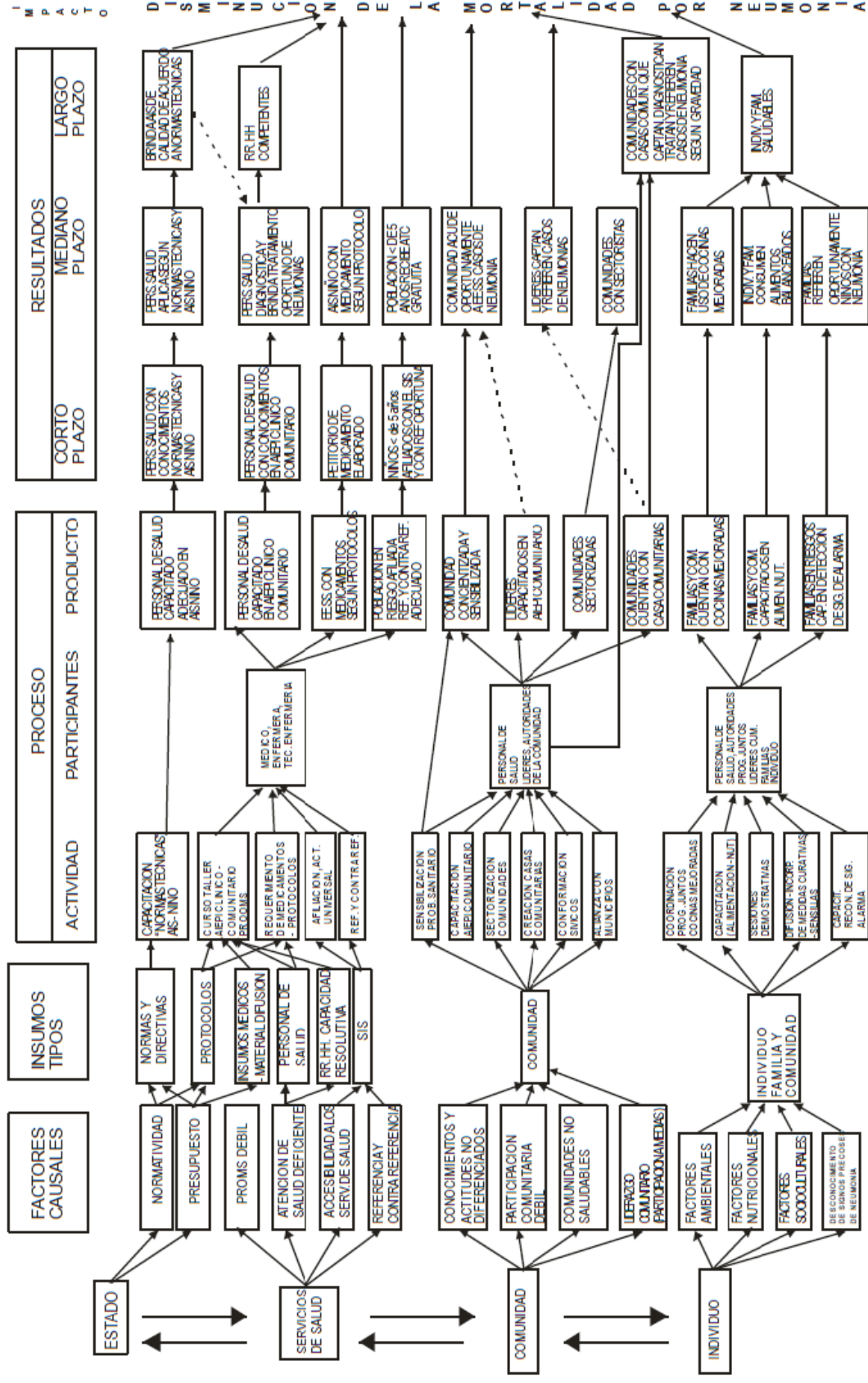


Tabla 11

Promedio global de los roles y participación comunitaria activa de los líderes de la comunidad

SITUACIÓN		PROCESO			RESULTADO			
ANÁLISIS	PRIORIDAD	OBJETIVOS	INSUMOS TIPOS	ACTIVIDADES	PRODUCTO	CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO
• Elevada tasa de mortalidad por Neumonía en niños menores de 5 años, Reddessa Lampa 33 x 1000 menores de 5 años. Factores causales. • Estado: Personal de salud aplica inadecuadamente normas técnicas, directivas y protocolos, AIS niño deficiente. • Normatividad y presupuesto • Normatividad y presupuesto • Servicios de salud • Promoción de la salud débil • Atención de salud deficiente. • Accesibilidad de los servicios de salud. • Sistema de referencia, contra referencia.		Objetivo General • Disminuir la mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años en la Reddessa Lampa. Objetivo Específico • Mejorar la aplicación en forma adecuada Normas Técnicas, Directivas y protocolos del personal de salud en un 100 % • Brindar atención de salud a través del SIS, en un 100 %.	• Personal de salud (médicos enfermeras, personal técnico en enfermería)	• Capacitación (Normas técnicas AIS - Niño) • Curso taller AIEPI clínico comunitario. • Requerimiento de medicamentos según protocolos • Afiliación Act. Universal.	• Personal de salud capacitado en AIS niños. • Personal de salud capacitado en AIEPI Clínico comunitario. • EE. SS. con medicamentos según protocolos • Población en riesgo afiliada Referencia y contra-referencia adecuada.	• Personal de salud con conocimientos y AIS niños. • Personal de salud con conocimientos en AIEPI clínico comunitario.	• Personal de salud aplica según normas técnicas AIS niños. • Personal de salud diagnóstica y brinda tratamiento oportuno de neumonías. • AIS niño con medicamento según protocolo.	• Brinda AIS de calidad de acuerdo a normas técnicas. • RR. HH. competentes

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

SITUACIÓN		INSUMOS		PROCESO		RESULTADO	
ANÁLISIS	PRIORIDAD	OBJETIVOS	TIPOS	ACTIVIDADES	PRODUCTO	CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO LARGO PLAZO
DEMANDA • Participación comunitaria. • Comunidades no saludables. • Liderazgo de líderes comunitarios. • Factores ambientales. • Factores nutricionales. • Factores socioculturales. • Conocimiento de signos de alarma.	• Establecimiento de salud comunitarios no acorde a protocolos. • Referencia, contra referencia inadecuada. • Conocimientos y actitudes no diferenciados, participación comunitaria débil. • Liderazgo de líderes con participación a medias. • Individuo familia y comunidad.	• Establecer mecanismos de un sistema de referencia y contra referencia en forma adecuada a través del seguimiento. • Brindar conocimientos en AIEPI comunitario a los líderes de la comunidad en un 70 % a través de cursos y talleres. • Promover coordinación para la creación de casas comunitarias. • Confor- mación de sivos y alianza con Municipios a través de reuniones locales y multisectoriales.	• Personal de salud • Líderes comunitarios • Autoridades de la comunidad. • Personal de salud • Autoridades comunitarias. • Programa Juntos • Familias e individuos.	• Referencia y contra referencia. • Sensibilización sobre problemas sanitarios. • Capacitación AIEPI Comunitario. • Sectorización de comunidades. • Creación de casas comunitarias. • Conformación de Alianza con Municipios. • Coordinación Programa juntos, cocinas mejoradas. • Capacitación (Alimentación NUT) • Sesiones demostrativas. • Difusión – Incorp., de medidas curativas sencillas. • Capacitación en reconocimiento de signos de alarma.	• Comunidad concientizada y sensibilizada. • Líderes capacitados en AIEPI comunitario. • Comunidades sectorizadas. • Comunidades cuentan con casas comunitarias. • Familias y comunidades cuentan con cocinas mejoradas. • Familias y comunidades capacitadas en Alimentos y nutrición. • Familias en riesgos captan y detectan signos de alarma.	• Población menor de 5 años recibe ATC gratuita. • Comunidad acude oportunamente a EE. SS. casos de neumonía. • Líderes captan y refieren casos de neumonía. • Comunidades con sectoristas. • Familias hacen uso de cocinas mejoradas. • Individuos y familias saludables.	• Comunidades con casas comunitarias que captan, diagnostican, tratan y refieren casos de neumonía según gravedad. • Individuos y familias saludables.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

5.5. Tiempo de ejecución

La ejecución de la propuesta tiene una duración de 16 meses a partir del mes de octubre del 2008 – Diciembre del 2009.

5.6. Cronograma de actividades

Tabla 12

Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	2008							2009								
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elaboración de la propuesta	X															
Aprobación de la propuesta		X														
Conocimiento del equipo de Gestión Redess Lampa			X													
Presentación del Modelo Lógico Causal (planificación)			X													
Asignación de PPTO para actividades				X												
• Capacitación (Normas técnicas AIS - Niño)					X											
• Capacitación (Normas técnicas AIS - Niño)					X											
• Curso taller AIEPI clínico comunitario.					X											
• Sectorización de comunidades.					X											
• Creación casas comunitarias.						X	X	X	X	X	X	X	X	X		
• Conformación sívicos.							X									

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

ACTIVIDAD	2008								2009							
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
• Alianza con Municipios.								X								
• Coordinación Programa juntos, cocinas mejoradas.									X							
• Capacitación (Alimentación NUT)										X						
• Sesiones demostrativas.							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
• Difusión – Incorpor., de medidas curativas sencillas.									X	X	X	X	X	X	X	X
• Capacitación en reconocimiento de signos de alarma.									X							
Monitoreo y evaluación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

5.7. Plan de análisis

El análisis se realizará a través de los indicadores propuestos en el modelo lógico que se monitorea durante el desarrollo del cumplimiento de actividades, se procesa en una base de datos SPSS versión 13, COGNOS POWER PLAY.

Se presentará e interpretará indicadores respectivamente y se difundirá los indicadores.

5.7.1. Instrumentos a utilizar:

- Base de datos SPSS 13
- Fichas elaboradas en la Oficina de Capacitación para conocimiento de los eventos de capacitación

- Ficha técnica elaborada para datos de proyectos elaborados, presentados y aprobados
- Encuestas en la comunidad

5.8. Indicadores de monitoreo

5.8.1. Indicadores

- Indicadores de capacitación
- Indicadores de curso taller.
- Indicador de implementación de metodología participativa en los adultos de la comunidad.

5.8.2. Listado de Indicadores de Proceso y Resultado

- Indicadores de proceso: Tabla 13
- Indicadores de resultado: Tabla 14

Tabla 13

Indicadores de proceso

ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	PRODUCTO	FUENTE DE DATOS
N.º de capacitaciones realizadas (Norma Técnicas) x 100 Total de Cap. Programadas	N.º de Pers. De Salud Asistentes al evento x 100 Total, Pers. Salud Programado A. evento.	N.º de Pers. De Salud Capacitado en Normas Téc. x 100 Total, de Pers. De Salud Programado para capacitación en Normas Técnicas.	• Registro de capacitación • Información HIS.
N.º de Personal de salud capacitado En AIEPI clínico comunitario x 100 Total de Personal Salud programados	N.º de Pers. De Salud Asistentes al evento x 100 Total, Pers. Salud Programado A. evento.	N.º de Pers. De Salud Capacitado en AIEPI Clínico. x 100 Total, de Pers. De Salud Programado para capacitación en AIEPI Clínico	• Registro de capacitación • Información HIS. • Informe de estrategias sanitarias.
N.º de Establecimiento de salud con medicamentos según protocolos x100 Total de establecimientos de salud de la Redess Lampa.	N.º de establecimientos de salud que solicitan medicamentos x 100 Total de establecimientos de Salud	N.º de establecimientos de salud con Medicamentos según protocolos x 100 Total establecimientos atendidos	• Registro de Farmacia (PECO-SAS) • N.º de atenciones según protocolo • Informe de estrategias sanitarias.
N.º de población en riesgo afiliada al SIS x 100 Total de población	N.º EE. SS. que afilian según grupo de riesgo x 100 Total EE. SS REDESS Lampa	N.º de niños menores de 5 años afiliados con el SIS x 100 Total de población menores de 5 años	• Información SIS • Información Estadística
N.º de comunidades sensibilizadas x 100 Total de comunidades Redess Lampa	N.º de reuniones de sensibilización en comunidades x 100 Total de reuniones programadas.	N.º de comunidades sensibilizadas x 100 Total de Comunidades Redess Lampa	• Registro de promoción de la salud. • Participación comunitaria
N.º de capacitaciones en AIEPI Comunitario realizadas x 100 Total de Capacitaciones en AIEPI comunitarios programados	N.º de líderes, autoridades de la comunidad participados x 100 Total de líderes y autoridades de comunidades.	N.º de líderes, autoridades capacitadas x 100 Total de líderes y autoridades programados.	• Registro de capacitación • Participación comunitaria • Promoción de la salud

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	PRODUCTO	FUENTE DE DATOS
N.º de reuniones para sectorización realizadas x 100 Total de reuniones programadas para sectorización	N.º de líderes comunitarios que participan en sectorización x 100 Total de líderes comunitarios	N.º de comunidades sectorizadas x 100 Total de comunidades sectorizadas Redess Lampa	- Registro de promoción de la salud. - Participación comunitaria
N.º de casas comunitarias establecidas x 100 Total de comunidades	N.º de líderes comunitarios responsables de casas comunitarias x 100 Total de líderes comunitarios	N.º de comunidades con casas comunitarias x 100 Total de comunidades	- Registro de promoción de la salud - Participación comunitaria
N.º de reuniones de conformación de sívicos realizadas x 100 Total de reuniones de conformación de sívico conformadas	N.º de líderes comunitarios que participan en el sívico x 100 Total de líderes comunitarios	N.º de comunidades con sívico x 100 Total de comunidades	- Registro de promoción de la salud - Participación comunitaria
N.º de coordinaciones realizadas con Programa Juntos x 100 Total de reuniones programadas con Programa Juntos	N.º de familias en el Programa Juntos x 100 Total de familias Redess Lampa	N.º de familias con cocina mejorada x 100 Total de familias Redess Lampa	- Registro de promoción de la salud - Participación comunitaria - Registro de Programa Juntos
N.º de capacitaciones realizadas (alimentación y nutrición) x 100 Total de capacitaciones programadas (alimentación y nutrición)	N.º de autoridades y líderes que asisten a la capacitación x 100 Total de líderes de comunidades	N.º de familias capacitados (alimentación y nutrición) x 100 Total de familias	- Registro de promoción de la salud. - Participación comunitaria - Registro de capacitación.
N.º de sesiones demostrativas realizadas (alimentación y nutrición) x 100 Total de sesiones demostrativas programadas (alimentación, nutrición)	N.º de familias que participan en sesiones demostrativas x 100 Total de familias	N.º de familias que consumen alimentos balanceados x 100 Total de familias Redess Lampa	- Registro de promoción de la salud. - Participación comunitaria - Registro de capacitación
N.º de capacitaciones realizadas en reconocimiento de signos de alarma x100 Total de capacitaciones programadas en reconocimiento de signos de alarma	N.º de líderes, autoridades, familias que asisten a evento x 100 Total de líderes comunitarios	N.º de líderes y familias capacitados en detección de signos de alarma x 100 Total de líderes familias	- Registro de promoción de la salud. - Participación comunitaria - Registro de capacitación

Tabla 14
Indicadores de resultado

INDICADORES DE RESULTADO			CRITERIOS CÁLCULO		FUENTE DE DATOS
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo
% Personal de salud con conocimientos normas técnicas y AIS niños.	% Personal de salud aplica según normas técnicas AIS niños.	% Brinda AIS de calidad de acuerdo a normas técnicas.	N.º Personal de salud con conocimientos normas técnicas y AIS niños x 100 Total Personal de Salud Capacitados	N.º Personal de salud aplica según normas técnicas AIS niños. x 100 Total personal de salud con conocimientos normas técnicas y AIS niño	N.º Brinda AIS de calidad de acuerdo a normas técnicas x 100 Total de personal que aplica normas técnicas
					• Registro de capacitación. • Información HIS • Información Estrategia Sanitaria
% Personal de salud con conocimientos en AIEPI clínico comunitario.	% Personal de salud diagnóstica y brinda tratamiento oportuno de neumonías.	% RR. HH. competentes	N.º Personal de salud con conocimientos en AIEPI clínico comunitario x 100 Total de Personal de Salud Capacitados	N.º Personal de salud diagnóstica y brinda tratamiento oportuno de neumonías x 100 Total de Personal de salud con conocimientos en AIEPI clínico comunitario.	N.º RR. HH. competentes x 100 Total de personal que diagnostican y brinda tratamiento oportuno de neumonías.
					• Registro de capacitación. • Información HIS • Información Estrategia Sanitaria
% Petitorio de medicamento elaborado.	% AIS niño con medicamento según protocolo.		N.º Petitorio de medicamento elaborado x 100 Total de Petitorios atendidos.	N.º AIS niño con medicamento según protocolo x 100 Total de AIS.	
					• Información de farmacia. • Salud individual

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

INDICADORES DE RESULTADO			CRITERIOS CÁLCULO			FUENTE DE DATOS
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
% Niños menores de 5 años afiliados con el SIS y con referencia y contrarreferencia.	% Población menor de 5 años recibe ATC gratuita.		N.º Niños menores de 5 años afiliados con el SIS y con referencia y contrarreferencia x 100 Total de la población	N.º Población menor de 5 años recibe ATC gratuito x 100 Total de población		• Información SIS • Referencia y contrarreferencia.
	% Comunidad acude oportunamente a EE. SS. casos de neumonía.	% Comunidades con casas comunitarias que captan, diagnostican, tratan y refieren casos de neumonía según gravedad.		N.º Comunidad acude oportunamente a EE. SS. casos de neumonía x 100 Total de comunidades	N.º Comunidades con casas comunitarias que captan, diagnostican, tratan y refieren casos de neumonía según gravedad x 100 Total comunidades.	• Promoción de la salud • Participación comunitaria
	% Líderes captan y refieren casos de neumonía.	% Individuos y familias saludables.		N.º Líderes captan y refieren casos de neumonía x 100 Total de Líderes capacitados	N.º Individuos y familias saludables x 100 Total de familias.	• Promoción de la salud • Participación comunitaria
	% Comunidades con sectoristas.			N.º Comunidades con sectoristas x 100 Total de comunidades		• Promoción de la salud • Participación comunitaria

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL CAUSADA POR NEUMONÍA

INDICADORES DE RESULTADO			CRITERIOS CÁLCULO			FUENTE DE DATOS
Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	Corto plazo	Mediano plazo	Largo plazo	
% Familias hacen uso de cocinas mejoradas.	N.º Familias hacen uso de cocinas mejoradas x 100 Total de familias	N.º Individuos y familias consumen alimentos balanceados x 100 Total de Familias	N.º Familias re-fieren oportuna-mente niños con neumonía x 100 Total de familias capacitados	Promoción de la salud	Participación comunitaria	Promoción de la salud
% Individuos y familias consumen alimentos balanceados.	N.º Familias re-fieren oportuna-mente niños con neumonía.	N.º Familias re-fieren oportuna-mente niños con neumonía.	N.º Familias re-fieren oportuna-mente niños con neumonía.	Participación comunitaria	Registro de capacita- ción	Participación comunitaria

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antiporta, D. A., Álvarez, J., Aquino, Z., Huicho, L., y Miranda, J. J. (2021). Factores de riesgo de mortalidad por neumonía en niños menores de 5 años en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 25-34. <https://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v38n1/1726-4642-rins-38-01-00025.pdf>
- Aston, S. J., Rylance, S. J., Powell, K., Bennett, V., y Rylance, J. (2017). Etiology and risk factors for childhood pneumonia and diarrhea deaths in sub-Saharan África and South Asia: a multicountry case-control study. *Clinical infectious diseases*, 64(3), 235-244. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5602535/>
- Cáceres-Manrique, F. M., Ospina-Vélez, J. M., Manrique, F., Toro, M., y Rúa-Uribe, J. C. (2019). Evaluación de una intervención educativa sobre neumonía dirigida a mujeres cuidadoras en una zona rural de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(3), 383-389. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/74116>
- Delgado, M. (2018). Los líderes comunitarios y su papel en la promoción de la salud comunitaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(4), 130-144. <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/580>

- Farzadfar, F., Murray, C. J., Gakidou, E., Bossert, T., Namdaritabar, H., Alikhani, S., ... y López, A. D. (2012). Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. *The Lancet*, 379(9810), 47-54. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61349-4/fulltext# %20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61349-4/fulltext#%20)
- García, L. (2018). Población y muestra. *Procedimientos para la selección de una muestra representativa*. Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. <http://hdl.handle.net/20.500.12494/15734>
- Hernández Álvarez, M., Alfonso Guerra, J. R., Borges Iglesias, E., y Hernández Rodríguez, M. (2014). Percepción de las funciones que realizan los líderes formales en la Atención Primaria de Salud. *Revista cubana de Salud Pública*, 40(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662014000100004&script=sci_arttext
- Hernández Aguado, I., Gil de Miguel, A., Delgado Rodríguez, M., Bolumar Montrull, F., Benavides, F. G., Porta Serra, M., ... y Lumbreras Lacarra, B. (2015). *Manual de epidemiología y salud pública: para grados en ciencias de la salud*. Editorial Médica Panamericana.
- Hoehner, C. M., Ribeiro, I. C., Parra, D. C., Reis, R. S., Azevedo, M. R., Hino, A. A., ... y Matsudo, V. (2013). Physical activity interventions in Latin America: expanding and classifying the evidence. *American journal of preventive medicine*, 44(3), e31-e40. [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-3797\(12\)00889-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-3797(12)00889-2)
- Johnson, R. B. (2018). *Diseño de investigación cualitativa, cuantitativa y mixta*. Sage Publications.

- Licha, I., y Molina, G. (Eds.). (2020). *Participación ciudadana en salud: teoría y práctica en América Latina*. Editorial Universidad del Rosario.
- López, P. L. (2020). Población, muestra y muestreo. *Scielo*, 9(2), 1-5. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S181502762020000200010&script=sci_arttext&tlng=en
- McAllister, D. A., Liu, L., Shi, T., Chu, Y., Reed, C., Burrows, J., ... y Rudan, I. (2019). Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: a systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 7(1), e47-e57. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30408-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30408-X/fulltext)
- Ministerio de Cultura del Perú (2015). *Mapa Etnolingüístico del Perú*. [https://centroderecursos.cultura.pe/es/registro-de-recurso/mapa-etnoling %C3 %BC %C3 %ADstico-oficial-del-per %C3 %BA](https://centroderecursos.cultura.pe/es/registro-de-recurso/mapa-etnoling%C3%BC%C3%ADstico-oficial-del-per%C3%BA)
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Análisis de situación de salud de la provincia de Lampa, 2018*. MINSA. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1699894/ASIS_LAMPA_2019.pdf
- Ministerio de Salud. (2015). *Redes integradas de servicios de salud: conceptualización*. MINSA. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1771.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). RM N°126-2017/MINSA. Norma técnica de salud para la implementación de mecanismos de participación ciudadana en las intervenciones sanitarias del Ministerio de Salud y en el primer nivel de atención. *Biblioteca Virtual en Salud*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

- Ministerio de Salud. (2021). *Situación de la neumonía en el Perú*. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/neumonia.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2022). *Situación de las neumonías en el Perú*. SEMANA EPIDEMIOLÓGICA N.º 05. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE05/neumonias.pdf>
- Municipalidad Provincial de Lampa. (2020). *Plan de Desarrollo Concertado: Provincia Lampa 2020-2021*.
- Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. (2020). *Guía para el Planeamiento Institucional*. Ministerio de Salud. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1275984/RM_N__397-2020-MINSA.PDF
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Declaración de Alma-Ata. <https://www.euro.who.int/es/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2021/09/on-the-anniversary-of-the-declaration-of-alma-ata-who-reaffirms-primary-health-cares-pivotal-role-in-building-fairer-healthier-world>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Promoción de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-promotion>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Neumonía. Nota descriptiva*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Community participation in health*. Departamento Desarrollo de Sistemas de Salud. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/)

community-participation/community-participation-ihssummary.
pdf?sfvrsn=bbfba34f_10&download=true

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Guía práctica de evaluación de satisfacción de usuarios de servicios de salud*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49142>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *La participación social en salud en América Latina: conceptos, mecanismos y experiencias*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/11055>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Participación social*. <https://www.paho.org/es/topics/social-participation>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Participación y movilización social*. <https://www.paho.org/es/temas/participacion-social>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2019). *Declaración de Alma Ata*. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Ramos, W., Gushiken, A., Loli, A., Ccama, V., Obregón, R., y Cárcamo, C. (2021). Percepciones de líderes sociales sobre su rol comunitario para la salud en zonas vulnerables de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 51-60. <https://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v38n1/1726-4642-rins-38-01-00051.pdf>

Rifkin, S. B. (2020). *Community participation in maternal and child health/family planning programmes*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62337>

- Rodríguez, J. F. (2019). El diseño longitudinal en la investigación cognitiva. *Una década de investigaciones sobre lenguaje y comunicación en riesgo de exclusión social*, 35-62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7002565>
- Rosato, M., Laverack, G., Grabman, L. H., Tripathy, P., Nair, N., Mwansambo, C., ... y Rifkin, S. (2017). Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *The Lancet*, 389(10083), 2203-2214. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61406-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61406-3/fulltext)
- Ruuskanen, O., Lahti, E., Jennings, L. C., y Murdoch, D. R. (2014). Viral pneumonia. *The Lancet*, 384(9954), 1264-1275. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61459-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61459-6/fulltext)
- Sánchez, Í., De la Rosa Fraile, M., Fernández Sánchez, A., y Sánchez Fernández, P. (2015). Neumonía adquirida en la comunidad en edad pediátrica: evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos. *Anales de Pediatría Continuada*, 13(1), 37-43. [http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818\(15\)30150-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818(15)30150-7)
- Sastroasmoro, S., y Bulgiba, A. (2016). Determinants of community-acquired pneumonia in children under five years of age in the Hospital Universiti Sains Malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 71(3), 128-135. <http://www.e-mjm.org/2016/v71n3/community-acquired-pneumonia.pdf>
- Semrau, M., Evans-Lacko, S., Alem, A., Ayuso-Mateos, J. L., Chisholm, D., Gureje, O., [...] y Thornicroft, G. (2015). Strengthening mental health systems in low-and middle-income countries: the Emerald programme. *BMC medicine*, 13(1), 1-6. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0309-4>

- Smith, C. M. (2019). Origin and uses of *primum non nocere*—above all, do no harm!. *Journal of clinical pharmacology*, 45(4), 371-377. <https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1177/0091270004273680>
- Suárez-Ognio, L., Watanabe, E., Benites, Z., Huamaní, P., Segovia, L., y Oberhelman, R. A. (2022). Effect of incomplete vaccination on pneumonia morbidity and mortality in Peruvian children. *Vaccine*, 40(13), 1869-1874. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X22002116?via%3Dihub>
- Tapia, M. (2015). *La emigración de los jefes de familia: efectos en la comunidad de origen* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6666>
- UNICEF (2019). *UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women*. UNICEF. https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=IMR_NEO_REG.&startPeriod=1970&endPeriod=2019
- Vélez, Á., Ramos, W., Sal y Rosas, V., Gushiken, A., Luna, M. y Cárcamo, C. (2020). Percepciones de agentes comunitarios de salud sobre su rol en la detección y manejo de la neumonía infantil en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 706-715. <https://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v37n4/1726-4642-rins-37-04-00706.pdf>
- Zar, H. J., y Ferkol, T. W. (2014). The global burden of respiratory disease—impact on child health. *Pediatric pulmonary*, 30(5), 430-434. <https://link.springer.com/article/10.1007/s13555-014-0064-5>

