

Participación de los representantes líderes de la comunidad en los CLAS de la Provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque, Setiembre-Diciembre del 2007

Participation of the leading representatives of the community in the CLAS of Chiclayo, Lambayeque, September - December, 2007

Milagros Castañeda D.¹, Irene Chayán M.¹, Milagritos Toro C.¹, Víctor Alvitres C.¹

Resumen

Los Comités locales de administración en salud (CLAS) son instituciones legales privadas, no lucrativas; administradas por siete miembros que forman la asamblea general. El propósito del estudio fue determinar el nivel de participación de los líderes en los CLAS de Chiclayo - Perú, durante el periodo septiembre - diciembre 2007. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario, en relación a las normas dadas para el funcionamiento de los CLAS, los que fueron procesados con Microsoft Excel. Los resultados indican que el buen funcionamiento de los CLAS se rigen por la actitud de involucramiento de sus miembros, comprometidos en la promoción de los principios esenciales de la administración compartida; sin embargo, se encontró una debilidad en los integrantes que es la indiferencia. Es escasa la capacidad logística para enfrentar el reto. El tiempo de dedicación y el nivel de educación, está relacionada con el dinamismo y el desarrollo de sus funciones. El 56,94% de los representantes tienen secundaria completa, hecho que influye en su participación y en la calidad de sus ideas. Se concluye que mejor funcionamiento como asociación presentó el CLAS de Monsefú, mientras que el CLAS con menor grado de participación es Oyotún. Asimismo, se concluye que existe relación entre el nivel de instrucción y el aporte de ideas de los miembros que integran los CLAS.

Palabras clave: CLAS, participación ciudadana, líderes comunales.

Abstract

The local Committees of health administration (CLAS) are legal, private, non-lucrative institutions; administered by seven members who conform the general assembly. The purpose of the study was to determine the level of participation of the leaders in the CLAS of Chiclayo - Peru, during September - December, 2007. The data was obtained from a questionnaire in relation to legal norms for the functioning of CLAS, which was processed with Microsoft Excel. The results indicate that the good functioning of the CLAS depends upon the attitude of involvement of its members, engaged in promoting the basic principles of shared administration; however a weakness in the members was found indifference. There is a limited logistical capacity to confront the challenge. The time commitment and the instruction level are related to the dynamism and development of their functions. 56.94% of the representatives have complete High School studies, which is related to their participation and the quality of their ideas during the meetings. We concluded that CLAS Monsefú shows a better functioning, while Oyotún is the CLAS with the lesser degree of participation. Also, we concluded that there is a relationship between the instruction level and the ideas given by members during their meetings.

Key words: CLAS, participation, leaders, shared administration.

¹ Departamento Académico Ciencias de la Salud, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Milagros_cast1@hotmail.com; irenya19@hotmail.com; mily_tc@hotmail.com; valvitres@usat.edu.pe
Recibido 4 de febrero 2007, aceptado 5 de mayo 2008

Introducción

Hacia 1991, el Estado Peruano inició un proceso de reforma del sector salud, cuyo principal objetivo fue revertir los bajos indicadores de salud de la población en favor de los grupos en condiciones de pobreza extrema y la calidad de la atención de salud. Ante ello, se llevó a cabo una estrategia de gestión en las postas y centros de salud en las áreas de mayor pobreza, a través de contratos de gestión entre la Comunidad y el Estado. Con tal finalidad se crearon las Asociaciones o Comités Locales de Administración en Salud (Cortez y Phumpiu 1999).

Los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS) son instituciones legales privadas y no lucrativas, administradas por siete miembros que forman la asamblea general. De estos siete integrantes, seis son miembros de la comunidad y uno es el médico jefe que completa el enfoque de gestión compartida (Cabrera 2004).

Estas instituciones empezaron a existir formalmente desde abril de 1994, luego de un breve programa piloto. Los primeros CLAS se instalaron en el departamento de Ayacucho, zona que tenían los índices de pobreza más altos del país y los indicadores de salud más alarmantes. En aquella época, se instituyeron 611 establecimientos de salud bajo la modalidad de gestión de los CLAS sobre un total de 5,060 establecimientos de atención primaria, a nivel nacional a cargo del Ministerio de Salud (Cortés y Phumpiu 1999).

Recién en 1996, se establecieron normas más claras respecto a las funciones que debía cumplir cada miembro de los CLAS. En estas, la figura del gerente se convierte en elemento central para el funcionamiento de los CLAS, y se establece que “es el responsable de planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las actividades de salud”;

asimismo, se le considera “la máxima autoridad en los temas técnicos del Establecimiento de Salud” (Cortés y Phumpiu 1999).

La OPS ha señalado que varias condiciones son necesarias para poner en práctica este tipo de programa, tales como disponer de capacidades de decisión y habilidad de ejecución que otorguen flexibilidad y rapidez a los ajustes necesarios en la programación de las acciones; asegurar la coherencia entre las necesidades y aspiraciones de la población; y desarrollar un adiestramiento sistemático del personal de los sistemas institucionalizado e informal comunitario de salud, así como de los demás representantes sociales (Ferrer *et al.* 2001, Vallejo 2003).

En este contexto, la cuestión del estudio fue analizar el grado de participación de los representantes líderes comunales en los CLAS de la provincia de Chiclayo, en el período Septiembre a Diciembre del 2007. Para el efecto, los propósitos del estudio fueron: estimar la influencia del nivel de instrucción de los líderes sobre la calidad de ideas sugeridas por los mismos durante las reuniones que se realizan, cotejar la influencia del número asistencias a las capacitaciones en un mejor conocimiento previo referente al CLAS, comparar el sistema de elaboración de los CLAS entre las comunidades, comparar la realidad de los CLAS en la actualidad con el modelo creado para su ejecución.

La trascendencia del estudio radica en el conocimiento de la realidad acerca de la participación de la comunidad a través de sus líderes en los CLAS de la provincia de Chiclayo, enfocando el interés que muestran por superar los problemas prevalentes en salud de su respectiva comunidad.

Materiales y Métodos

El estudio fue de tipo descriptivo transversal. Se realizó en los CLAS de la provincia Chiclayo, departamento de Lambayeque, Perú, en el período septiembre a diciembre del 2007; zona en la que operan quince centros de atención en

salud, bajo la normativa correspondiente, distribuidos dentro de los veinte distritos del departamento.

La población, objeto de estudio, estuvo constituida por los miembros de los quince CLAS, correspondiente a líderes comunales

de la provincia de Chiclayo, con excepción del médico gerente. La muestra (por conveniencia) la constituyeron doce CLAS: Monsefú, Etén, José Leonardo Ortiz, La Victoria, Oyotún, Pimentel, Reque, Zaña, Cerropón, San José, Jorge Chávez, Atusparia; dentro de éstos se entrevistó a 72 líderes representantes de sus respectivas comunidades.

Se tuvo coordinaciones con cada uno de los médicos gerentes de cada CLAS y a la vez se pidió reunir a sus demás integrantes para ser entrevistados. Los datos se colectaron mediante un cuestionario para cada miembro de los CLAS este instrumento tuvo un valor de 55 puntos, que para los seis miembros debería sumar 330 puntos; la puntuación se valoró por grados, según la tipología de Raczynski (Cooperación

Alemana para el Desarrollo 2001) que se refiere a grados de participación social: grado 1-Instrumental (0 a 83 pts), grado 2-Consultiva (84 a 166 pts), grado 3-Gestionaria (167 a 249 pts) y grado 4-Empoderamiento (250 a 330 pts).

La calificación de conocimientos y nivel de las ideas de los miembros de los CLAS se valoraron en la escala muy buena, buena, regular y mala. La asistencia a las sesiones con nunca, a veces, casi siempre y siempre. El análisis estadístico de los datos se representó en tablas y figuras, utilizando el programa Microsoft Excel. La asociación entre las asistencias a las reuniones de los CLAS, con los conocimientos sobre los mismos y con conocimientos de PSL se realizó a través de Chi cuadrado de independencia de criterios.

Resultados

El CLAS, como estrategia que promueve la participación de la comunidad en la administración de recursos del Estado, tiene una estructura orgánica, siendo el máximo organismo la Asamblea General que está constituida por siete miembros: seis de la comunidad y el jefe del Establecimiento de Salud, que es el Gerente.

Desde el año 2001 a la fecha, en la provincia de Chiclayo, se han constituido quince CLAS, en doce de ellos la valoración de participación de los líderes correspondió con grados de participación social

intermedia consultiva y gestonaria (Tabla 1), de acuerdo a la tipología de Raczynski (Cooperación Alemana para el Desarrollo 2001)

En lo concerniente al grado de instrucción de los líderes CLAS, 56,9% realizó estudios secundarios. En este contexto, una no adecuada (mala) concepción de lo que es un CLAS fue de 11,1%, un regular conocimiento presentaron 50,0% de los líderes, en tanto que 38,9% de los líderes tuvieron una clara definición (buena 34,7% y muy buena 4,2%) de lo que es un CLAS.

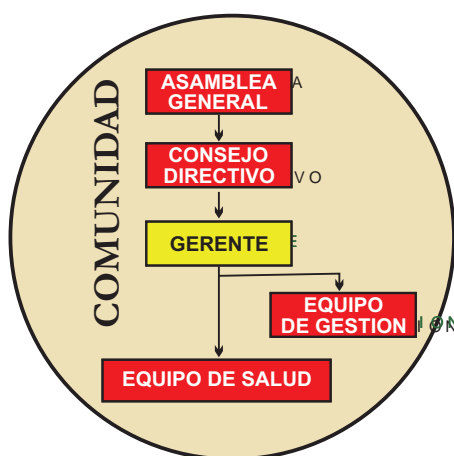


Figura 1. Estructura de la Comunidad CLAS

Adaptado de: www.tacna.minsa.gob.pe/transparencia/red/CLAS.pps

Tabla 1. Grado de participación social de líderes en los CLAS de la provincia de Chiclayo, Perú, durante septiembre a diciembre del 2007.

Grado 1 Instrumental	Grado 2 (84 a 166 puntos) Consultiva	Grado 3 (167-249 puntos) Gestionaria	Grado 4 Empoderamiento
	Oyotún (137)	San José (167)	
	El Bosque (139)	Pimentel (168)	
	Reque (152)	Cerropón (169)	
	Atusparias (162)	Zaña (181)	
	José Leonardo Ortiz (162)	Monsefú (226)	
	Jorge Chávez (163)		
	Eten (164)		

El grado de instrucción y el aporte de ideas mantienen una estrecha relación, puesto que aquellos líderes con grado de instrucción primaria aportaba ideas calificadas como regulares (85,71%);

mientras que ofrecían ideas buenas y muy buenas en su mayoría: 76,47% y 96,68%, aquellos quienes habían cursado estudios de secundaria y superior, respectivamente (Figura 2).

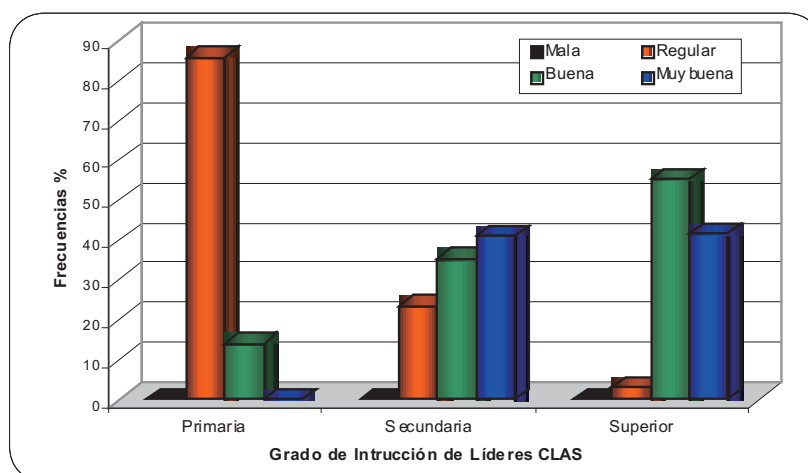


Figura 2. Calidad de ideas que aportan en las reuniones por grado de instrucción de los líderes CLAS, de la provincia de Chiclayo, Perú, durante septiembre a diciembre del 2007.

Los integrantes debieron asistir a todas las capacitaciones programadas por la Dirección Regional de Salud, eventos en los que se les orientaría sobre sus funciones y aclarar las concepciones de los CLAS y los Programas de Salud Local (PSL). A estas capacitaciones asistió un solo líder a todas las programadas, regularmente participaron 23,61% de los líderes y la gran mayoría (66,67%) lo hizo ocasionalmente. Sin embargo, hay que destacar que un 8,33 % nunca asistió a estas capacitaciones.

Se ha determinado que aquellos que asistieron a todas las capacitaciones tienen una concepción cimentada sobre lo que significa un CLAS; por el contrario, aquellos que lo hicieron irregularmente, en su mayoría no tienen una buena concepción de lo que es un CLAS y tampoco de lo que es un PSL. En su mayoría no tienen una buena concepción de lo que es una CLAS y, tienen un concepto poco desarrollado de lo que es un PSL (Figura 3). La prueba Chi cuadrado independencia de criterios ($X^2 = 29.79$; $X^2_{9, 0.05} = 16.92$), indica que la concepción de las CLAS es dependiente de la capacitación.

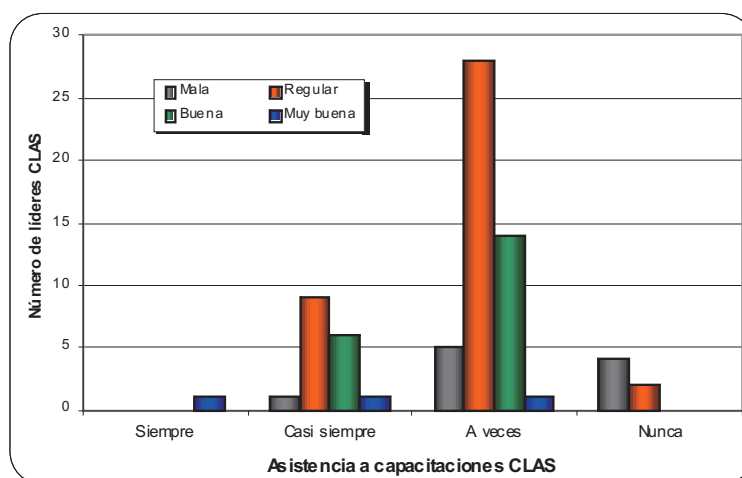


Figura 3. Asistencia a capacitaciones de los líderes CLAS con relación a conocimiento de las CLAS, de la provincia de Chiclayo, Perú, durante Septiembre a Diciembre del 2007.

También se ha comprobado que aquellos que asistieron a todas las capacitaciones demuestran una buena concepción de lo que significa un PSL, los que asistieron irregularmente muestran una regular o mala concepción de estos programas y los que lo hicieron a veces o nunca evidencian una

mala o regular comprensión de los que es un PSL (Figura 4). También la prueba Chi cuadrado independencia de criterios ($X^2 = 24.59$; $X^2_{6, 0,05} = 12,59$), indica que la concepción de los PSL es dependiente de la capacitación.

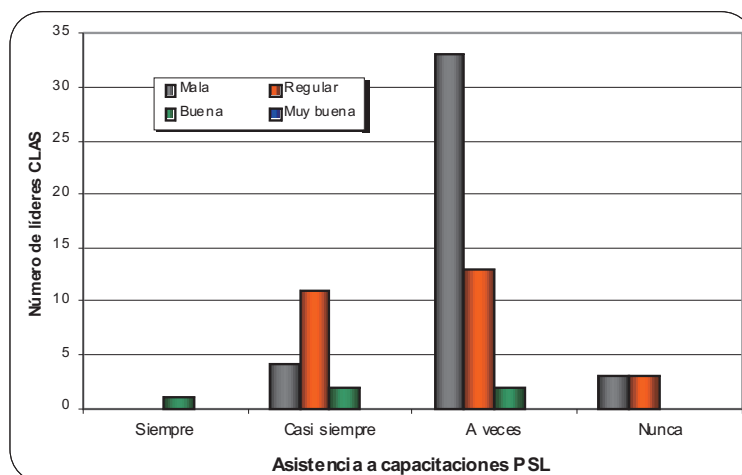


Figura 4. Asistencia a capacitaciones de los líderes CLAS con relación a conocimiento de PSL, de la provincia de Chiclayo, Perú, durante septiembre a diciembre del 2007.

La relación entre la frecuencia de asistencias a las reuniones organizadas por el comité y el desempeño de la función de cada uno de ellos, evidencia que aquellos

líderes que asistían siempre a las reuniones conocen mejor sus funciones sobre aquellos que asistían regularmente o nunca (Figura 5).

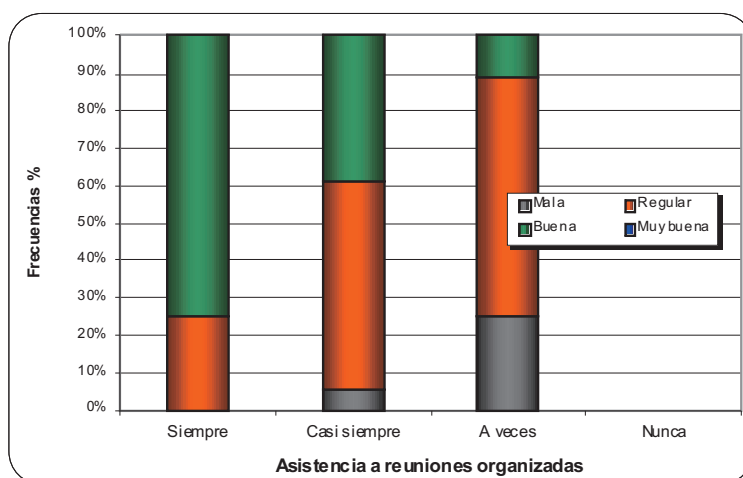


Figura 5. Desempeño de los líderes CLAS en reuniones organizadas, de la provincia de Chiclayo, Perú, durante septiembre a diciembre del 2007.

Con relación a las reuniones realizadas con la comunidad por parte de los líderes CLAS, se constató que el conocimiento sobre los principales problemas de la comunidad es relativamente bajo (33,37%); así pues, se puede afirmar que mientras los que

mantiene una relación estrecha con su comunidad conocen a fondo sus problemas más importantes; y por el contrario, quienes no tienen comunicación con los miembros de su comunidad no conocen los problemas (Figura 6).

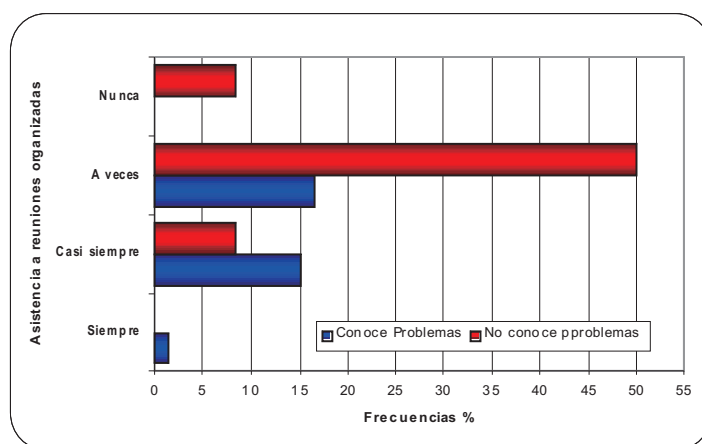


Figura 6. Conocimiento de los principales problemas de salud de la comunidad por los líderes CLAS en reuniones organizadas, provincia de Chiclayo, Perú, durante septiembre a diciembre del 2007.

La participación de las personas en acciones de salud, ya sea en forma colectiva o individual, está muy relacionada con los procesos de descentralización, concebida esta en términos de transferencia de la autoridad administrativa y la toma de

decisiones a un subnivel nacional (regional y/o local). Se incluyen las modalidades de desconcentración, entendidas como el traslado de responsabilidades a niveles locales y la devolución como la responsabilidad dada a una entidad distinta.

Discusión

La participación de la comunidad en los problemas de salud se ha dado en diferentes instancias y está relacionada con los procesos de descentralización en. En este sentido la Cooperación Alemana para el Desarrollo (2001) aborda el concepto de manera amplia y dice que “se refiere a procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, los sectores -todos los actores sociales, a todos los niveles y dentro de una zona geográfica determinada- intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines, y se unen para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones”.

Estos actores, en la participación social en salud, “toman parte en: deliberaciones y decisiones sobre atención de la salud; decisiones sobre necesidades y prioridades; asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción; las medidas para promover la salud; evaluación de los resultados. Asimismo, refiere que el objetivo de la Participación Social es “lograr el establecimiento de formas de relación social basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales, relativas a espacios de convergencia, habilitados para procesos que conduzcan al desarrollo y resolución de conflictos.” (Cooperación Alemana para el Desarrollo 2001).

El Ministerio de Salud peruano, a mediados de 1994, dio inicio al programa piloto Programa de Administración Compartida, cuya meta principal consistía en poner a prueba la transferencia de recursos públicos con los objetivos de hacer más eficiente el gasto, mejorar la calidad y la equidad de la asistencia y dar cabida a la participación de la población local que iba a ser atendida. Esta estrategia de desconcentración tiene como principal instrumento los CLAS, instituciones legales, privadas y no lucrativas administradas por siete miembros que forman la asamblea general: seis miembros de la comunidad y el médico jefe que completa el enfoque de gestión compartida. (Cabrera 2004, Ugarte y Feijoo 2007) El origen de los CLAS fueron fuentes internacionales como UNICEF y el USAID.

Los primeros CLAS se establecieron en el departamento de Ayacucho, el cual tenía los índices de pobreza más altos del país y los indicadores de salud más alarmantes. Pero el objetivo de su creación no fue la intervención representativa de la comunidad, sino brindar un servicio más eficiente a través de la gestión compartida del establecimiento con individuos o representantes de instituciones que no estuvieran comprometidos con el Estado. (Cooperación Alemana para el Desarrollo 2001)

El mejor funcionamiento de los CLAS se relaciona con el nivel de compromiso que manifiesten sus miembros, donde estos se sientan comprometidos en promover los principios esenciales de la administración compartida (Cortez y Phumpiu 1999). Sin embargo, en nuestra área de estudio, se encontró una actitud ausente en los integrantes, donde se asumen la estrategia “dejar hacer, dejar pasar”, como lo refiere la Cooperación Alemana para el Desarrollo (2001).

Los CLAS han enfrentado el reto de la escasa capacidad logística, pues al inicio no se tenía delimitados los roles, cambiándose algunos actores importantes en forma periódica; se identificaron otros problemas como el tiempo de dedicación y el grado de educación de los representantes, los que se relacionan con el dinamismo del desarrollo de las funciones.

Se ha encontrado que el nivel de instrucción de los líderes es como sigue: el 56,94% posee secundaria completa y 30,16% educación superior, lo que posteriormente se vio reflejado con la calidad de ideas que estos aportaban durante sus reuniones, que fueron entre buena y muy buena; esto es coincidente con lo reportado por la Cooperación Alemana para el Desarrollo (2001).

De esto se colige que un mayor grado de culturalidad permite a los integrantes plantear ideas más concretas y exactas con muy buenas expectativas no solo de beneficio personal sino, especial y principalmente, de la comunidad, como también lo refiere Ferrer *et al.* (2001) Asimismo, la Cooperación Alemana para el

Desarrollo (2001), refiere que la intervención de la comunidad en los CLAS rurales es más escasa que en los CLAS urbano marginales; esto puede estar generado no por el CLAS sino por el grado de educación de las personas usuarias.

Los CLAS, como cualquier otra entidad administrativa, presentan debilidades que impiden aprovechar al máximo las características del entorno social y llevar a cabo su normal funcionamiento, ya que se presentan limitaciones o carencias de habilidades, conocimientos, información, tecnología y recursos financieros que padece la organización (Cooperación Alemana para el Desarrollo 2001).

En el Cuzco, se ha criticado a los CLAS por las dificultades en la organización de la participación de la comunidad sobre todo en las comunidades más alejadas ya que la población tiene poca información sobre ellos CLAS. Por esta razón entes generadores de la promoción en salud, crean capacitaciones dirigidas a los integrantes (Cabrera 2004), cuya asistencia no ha sido totalitaria. Se encontró que en un 75%, la inasistencia es frecuente o no se realiza. Conexamente, quienes más faltas presentaron, en su mayoría, no conocen los fundamentos básicos ni los conceptos y objetivos del CLAS.

El instrumento técnico que describe la programación de la atención básica es el Programa de Salud Local, correspondiente al primer nivel de atención, incluye resultados, avances y metas en materia sanitaria, a ser ejecutados en la prestación de los servicios básicos de salud y sustenta los gastos y los recursos a ser asignados para el ejercicio presupuestal correspondiente (Dipositivos Legales 2007, Ugarte y Feijoo 2007). Es elaborado por el personal de salud del establecimiento y con la participación activa de los miembros del CLAS (Cortez y Phumpiu 1999, Cooperación Alemana para el Desarrollo 2001, Ugarte y Feijoo 2007).

En el estudio desarrollado, escasamente 5,6% conocía el bien significado de PSL. Este análisis se relacionó con el número de asistencias a capacitaciones realizadas y obteniéndose resultados donde aquellas personas que menos asistieron a estas capacitaciones fueron quienes aportaron un concepto muy pobre de lo que es PSL.

La Cooperación Alemana para el Desarrollo (2001) y los Dipositivos Legales (2007), recomiendan que la mayor parte de los representantes de la comunidad en el CLAS deberían ser miembros o ex miembros de organizaciones de base de la comunidad o como lo refieren Cortez y Phumpiu (1999) y los Dipositivos Legales (2007), simplemente personas conocidas por su trabajo en favor de la comunidad que formen parte de organizaciones comunales como vasos de leche o que hayan tenido experiencia.

Según el artículo 7 del Decreto Supremo 01-94-SA del Perú, es obligación de la Asociación proporcionar, en coordinación con la Dirección Regional de Salud, la información que requiera la comunidad, así como la información de los avances y problemas en la ejecución del PSL (Dipositivos Legales (2007) En este estudio se ha comprobado que a mayor comunicación entre los pobladores, mejor se conocieron los problemas de la comunidad. Según la OPS (2007) en lo referente a la relación con la comunidad, la población puede desconocer la participación, la labor y las diferentes actividades que se realizan. A su vez, permite que se tomen en cuenta continuamente las demandas y necesidades de la población, como lo refieren Cortez y Phumpiu (1999).

La representatividad de los miembros del CLAS de Chiclayo no es formal, pues no provienen de una elección directa, ya que la mayor parte son miembros o ex miembros de organizaciones de base o personas conocidas por su trabajo a favor de la comunidad. Este es uno de los grandes escollos, por la intervención de selección del MINSA entre los representantes de organizaciones que trabajan con la comunidad como también lo refieren Díaz (2002) y la Cooperación Alemana para el Desarrollo (1997).

El gerente y los representantes de la comunidad no se relacionan de la misma manera en todos los CLAS, por eso Cortez y Phumpiu (1999), dicen que el equilibrio de fuerzas entre el gerente y los miembros del CLAS es esencial para entender no sólo la relación entre ellos sino el funcionamiento del establecimiento como un todo. Asimismo, es importante señalar también que según el artículo 18, sobre causales de remoción de los miembros de la Asociación CLAS, esta norma se lleva a cabo por la ejecución de

cuatro inasistencias reiteradas; sin embargo, en nuestro estudio se logró conocer, que en muchos de los Comités, la Ley no se cumple, ya que muchos de los CLAS en estudio no se habían reunido hasta en más de cuatro meses.

En concordancia con la Cooperación Alemana para el Desarrollo (2001), el rendimiento de los CLAS está asociado con el compromiso de los

funcionarios dentro de las estructuras, más que con la estructura en sí; esto es que se percibe una actitud de involucrados: comprometidos con el modelo CLAS, en otras, como el caso de los CLAS. En el caso de los CLAS de Chiclayo, en algunos se advierte un comportamiento indiferente y en otros, una actitud de obstáculo, pues no sólo son distantes sino que se oponen al funcionamiento de los CLAS.

Conclusiones

1. El grado de participación social de líderes en los CLAS de la provincia de Chiclayo, según Raczynski, se configura en el Grado 2, con participación consultiva, en que el grupo responde sobre sus necesidades e intereses y puede elaborar una oferta en base a esta consulta; en menor proporción un grupo de CLAS concuerda en el Grado 3, con una participación gestiona, en que el grupo no solo participa en la decisión, sino que ya gestiona el programa ofrecido desde su punto de vista.
2. El grado de instrucción que tienen los líderes de la comunidad, influye en el aporte de ideas que estos exponen en las reuniones realizadas por el CLAS, determinándose que a mayor grado de instrucción mejor es el aporte de ideas.
3. Los Comités locales de administración en salud escasamente asisten a las reuniones programadas, por lo que el conocimiento sobre los conceptos básicos de los CLAS y los PSL, es limitado.
4. Algunos representantes de los CLAS de la provincia de Chiclayo no asisten a las reuniones programadas, incluso no ha habido sesiones hasta por cuatro meses; y consecuentemente aquellos líderes que asisten siempre a las reuniones conocen mejor sus funciones sobre aquellos que no lo hacen regularmente o nunca, es por este motivo que muchos grupos de miembros no conocen la problemática de su comunidad.

Referencias Bibliográficas

- Cabrera Henry. 2004. Los comités locales de administración en salud (CLAS) ¿Buenos o malos para la salud? SITUA, 23 [Acceso el 5 de Mayo del 2007]; Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2004_n23/comites.htm#arriba<http://www.foroops.org/files/Participacion%20comunitaria.pdf>
- Cortés Rafael y Phumpiu Paul. 1999. La Entrega de Servicios de Salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS): el caso del Perú. IDRC: Canadá, 11-12; [Acceso 20 de septiembre del 2007]. Disponible en: http://www.idrc.ca/en/ev-66916-201-1-DO_TOPIC.html; <http://www.idrc.ca/uploads/user-S/1100264821cortez.doc>
- Ferrer Ismael, Borroto Tania, Sánchez María, Álvarez Jorge. 2001. La participación de la comunidad en salud. Rev Cubana Med Gen Integr v. 17 n.3 [acceso el 08 de Mayo de 2007]; 17(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300011
- Vallejo Nilo. 2003. Participación de la comunidad para la salud. En: Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud: Perú 1985-2002. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas / Organización Panamericana de la Salud - Lima; [acceso 09 de Mayo del 2007]. Disponible en: <http://www.per.ops-oms.org/doc/LIBRO100/PAG11.PDF>
- Cooperación Alemana para el Desarrollo. [Sede Web]. Participación comunitaria en salud. Una revisión del concepto y de algunas experiencias en países

latinoamericanos. Revisión bibliográfica. 2001. En: Diplomado CALSAP Gerencia de la Calidad Aplicada a Salud Pública Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer. Ministerio de salud pública y asistencia social de El Salvador - Cooperación alemana para el desarrollo, proyecto de apoyo al sector salud PASS/GTZ. [Acceso 23 de noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.gruposaludgtz.org/proyecto/pass-gtz/calsap/Documents/Participacion-Comunitaria-en-Latinoamerica.pdf>

OPS. 2007. Informe de Perú Logros en promoción de la salud con respecto a los

compromisos asumidos. En la declaración de México. Organización Panamericana de la Salud. [Acceso 09 de Mayo del 2007]. Disponible en: www.paho.org/Spanish/HPP/InfPeru.pdf

Dispositivos Legales. 2007. Dispositivos Legales que regulan el Programa de Administración Compartida. No. 01-94-SA. 23 noviembre de 2007.

Díaz, Ricardo. CLAS: Una experiencia peruana de empoderamiento en salud. Taller internacional sobre participación y empoderamiento para un desarrollo exclusivo, 2001.