

## 4. ANÁLISIS DE MODELO DE COGESTION VIGENTE: Análisis Crítico de la Normatividad Nacional que regula o incide en el diseño y el funcionamiento del Modelo de Cogestión CLAS (Evaluación de Gabinete)

Julio Cesar Puntriano Suárez

Consultor en Gestión Pública

### 4.1 MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL PARA LA PARTICIPACIÓN: ¿ESTÁ CONSIDERADA LA COGESTIÓN?

Atendiendo a los fines del presente informe, resulta necesario examinar qué nos dice el ordenamiento constitucional y legal respecto a la *Participación*.

Ello es necesario, dado que un examen a la normas de más alto nivel de la República nos permite conocer qué entiende el legislador por el concepto de Participación así como advertir el grado de compromiso político en torno al mismo.

Asimismo, el análisis de las disposiciones constitucionales y legales en materia de Participación nos permitirá determinar cuál es el marco jurídico legal en que se inscribe la Participación en el Perú y, aún más, advertir si éste admite las diversas y nuevas modalidades de involucramiento de la ciudadanía en materia de Democracia Participativa y Control Ciudadano, en general; y, en particular, en lo concerniente a la *Cogestión*<sup>26</sup>.

*Sin compromiso político no hay participación.* ¿Cómo saber si en el Perú ha existido y/o existe el compromiso político para impulsar la Participación Ciudadana en todas sus formas y, en especial, a través de la Cogestión Pública / Privada en la prestación de los Servicios de Salud?. Resolver esta pregunta nos permitirá identificar los "parámetros" legales, deficiencias y "vacíos" normativos que inciden y/o afectan la promoción, extensión y/o redimensionamiento de la Participación en el Perú, especialmente, en lo que concierne a la experiencia de Cogestión impulsada por el Ministerio de Salud (MINSA) desde el año 1984.

Este examen resulta igualmente necesario a fin de determinar si el nuevo escenario constitucional y legal que rige en la actualidad, obviamente distinto al vigente de la dación del

<sup>26</sup> Entendida como la articulación de esfuerzos públicos y privados para la provisión de bienes públicos.

Decreto Supremo N° 01-94-SA, implica una revisión o redimensionamiento del Modelo de Cogestión en los Servicios de Salud (en particular en el Primer Nivel de Atención) así como la proposición de un nuevo marco normativo en materia de Democracia Participativa y Control Ciudadano para la Atención de Salud.

#### 4.1.1 La Constitución Política de 1993

El Artículo 131° (intitulado: *Participación ciudadana en asuntos públicos*) del Capítulo III : *De los Derechos Políticos y de los Deberes*, correspondiente al Título Primero : *De la Persona y de la Sociedad*, de nuestra Constitución Política (vigente al momento de la dación del Decreto Supremo N° 01-94-SA), es el único artículo que trata sobre la Participación Ciudadana.

En la precitada disposición se establece que los ciudadanos "... *tienen derecho a participar en los asuntos públicos* mediante referéndum; iniciativa legislativa; remoción o revocación de autoridades y demanda de rendición de cuentas." Asimismo, se prescribe que los ciudadanos también tienen "... *el derecho de ser elegidos y de elegir libremente a sus representantes, de acuerdo con las condiciones y procedimientos determinados por ley orgánica*."

Cabe resaltar que a propósito del ámbito municipal, nuestra Carta Política establece que "... *es derecho y deber de los vecinos participar en el gobierno municipal de su jurisdicción*. La ley norma y promueve los mecanismos directos e indirectos de su participación."

##### Comentarios:

- Resulta evidente que la Constitución Política de 1993 presenta un marcado énfasis en la dimensión política de la Participación Ciudadana, dado que de la enumeración taxativa de las modalidades de Participación (referéndum, remoción o revocación de autoridades así como al derecho de los ciudadanos a ser elegidos y elegir libremente a sus representantes) se advierte un abrumador énfasis en la dimensión política de la Participación.
- Apenas aparece la dimensión social de la Participación Ciudadana, cuando se hace referencia a la demanda de rendición de cuentas así como cuando se refiere al Gobierno Municipal respecto del cual la norma constitucional deja abierta la posibilidad para el ejercicio de la participación ciudadana en otras dimensiones, cuando hace referencia directa a su ejercicio en el *gobierno municipal*. Sin embargo, aún en el caso Municipal, dicha participación se sujeta a la ley, la misma que deberá establecer los mecanismos directos e indirectos de participación.
- Conviene anotar que el énfasis constitucional en la dimensión política de la Participación se ve confirmado cuando se examina la Ley N° 26300 – Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos, promulgada en 1994, la que establece como derechos de participación de los ciudadanos " los siguientes :

---

<sup>27</sup> Ver : Artículos 1° y 2° de la Ley N° 26300 – Ley de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos.

**Cuadro N° 5 : Derechos de Participación de los Ciudadanos**

- (a) Iniciativa de Reforma Constitucional.
- (b) Iniciativa en la formación de las leyes.
- (c) Referéndum.
- (d) Iniciativa en la formación de dispositivos municipales y regionales.
- (e) Otros mecanismos de participación establecidos por la presente ley para el ámbito de los gobiernos municipales y regionales.

Asimismo, dicha ley, establece como "derechos de control" de los ciudadanos los siguientes:

**Cuadro N° 6 : Derechos de Control de los Ciudadanos**

- (a) Revocatoria de Autoridades
- (b) Remoción de Autoridades
- (c) Demanda de Rendición de Cuentas;
- (d) Otros mecanismos de control establecidos por la presente ley para el ámbito de los gobiernos municipales y regionales.

- Cabe señalar que la Ley N° 23600 -de conformidad con su Artículo 1°- constituye una norma de desarrollo constitucional del Artículo 131° de la Constitución Política de 1993 y, por tanto, evidencia expresamente el énfasis "político" que respecto a la Participación mantiene -aún- nuestro ordenamiento constitucional.
- En este orden de ideas, en mérito a lo normado actualmente por nuestra Carta Magna, la Participación es concebida -principalmente- como una forma en que la población puede ejercer el derecho de iniciativa legislativa, de referéndum o para la Remoción o Revocatoria de Autoridades; marco conceptual que explícitamente no permite admitir otras modalidades de Participación como lo es la *Cogestión* en la prestación de servicios públicos a cargo del Estado.
- Dado lo anteriormente expuesto, podemos concluir en que la modalidad de Participación denominada *Cogestión* -que impulsó el Ministerio de Salud a través del Decreto Supremo N° 01-94-SA- "trascendió" el concepto constitucional existente al momento de su dación y vigente aún a la fecha. Ello explica porqué en la Parte Considerativa del precitado decreto supremo se referenciaron una serie de artículos constitucionales menos el correspondiente a la Participación Ciudadana así como su justificación : "Mejorar la Prestación de los servicios de salud en el Nivel Básico de Atención".

#### 4.1.2 La Ley N° 26482 – Ley General de Salud

En el Título Preliminar de la Ley General de Salud, publicada el 20 de julio de 1997, se consagran y/o reafirman una serie de principios, derechos y responsabilidades, entre los que podemos destacar -para los propósitos del presente informe- los siguientes :

##### Cuadro N° 7: Título Preliminar de la Ley General de Salud (Extracto)

- I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.
- III. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable. El concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud.
- IV. La salud pública es responsabilidad primaña del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.  
(...)
- VI. Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.  
(...)
- VIII. El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.
- IX. La norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar en contra de ella.
- X. Toda persona dentro del territorio nacional está sujeta al cumplimiento de la norma de salud. Ningún extranjero puede invocar su ley territorial en materia de salud.
- XI. En caso de defecto o deficiencia de la norma de salud, se aplican los principios generales del derecho.
- XII. El ejercicio del derecho a la propiedad, a la inviolabilidad del domicilio, al libre tránsito, a la libertad de trabajo, empresa, comercio e industria así como el ejercicio del derecho de reunión están sujetos a las limitaciones que establece la ley en resguardo de la salud pública.  
Las razones de conciencia o de creencia no pueden ser invocadas para eximirse de las disposiciones de la Autoridad de Salud cuando de tal exención se deriven riesgos para la salud de terceros.  
(...)
- XIV. La información en salud es de interés público. Toda persona está obligada a proporcionar a la Autoridad de Salud la información que le sea exigible de acuerdo a ley. La que el Estado tiene en su poder es de dominio público, con las excepciones que establece la ley.  
(...)
- XVI. El Estado promueve la educación en salud en todos los niveles y modalidades.  
(...)
- XVIII. El Estado promueve la participación de la comunidad en la gestión de los servicios públicos de salud."

El Título Preliminar de la Ley es particularmente importante porque desarrolló legalmente el derecho a la salud consagrado escuetamente por la Constitución Política así como por la introducción

de una serie de valiosos elementos jurídico legales que configuran los principios fundamentales que deben informar a todo el ordenamiento normativo del Sector Salud.

Asimismo, la Ley General de la Salud es igualmente importante porque constituye la primera norma legal<sup>28</sup> que redimensiona el concepto constitucional reservado a la Participación Ciudadana (circunscrito a su dimensión política) y lo extiende a la gestión de los servicios públicos de salud, representando el Numeral XVIII del Título Preliminar de ley *in comento*, la partida de nacimiento legal que consagra una nueva modalidad de participación la misma que hasta la fecha no se encuentra expresamente contemplado por nuestro ordenamiento constitucional.

#### 4.1.3 La Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud

Esta Ley ha sido publicada recientemente (29 de enero de 2002) establece las denominadas *competencias de rectoría sectorial del Ministerio de Salud*, muchas de las cuales -en razón a su objeto normativo- inciden en el Modelo de Cogestión, las que detallamos a continuación :

**Cuadro N° 8 : Competencias de Rectoría Sectorial del MINSA  
que inciden en el Modelo de Cogestión**

- La articulación de recursos y actores públicos y privados, intra e intersectoriales, que puedan contribuir al logro de los objetivos de las políticas públicas de salud. (inciso d. del Artículo 3°)
- La inserción sectorial en las instituciones de coordinación sanitaria de ámbito regional y subregional. (inciso f. del Artículo 3°)
- El desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud, a través de la reglamentación de leyes y de la iniciativa legislativa. (inciso g. del Artículo 3°)
- La armonización de planes de acción y gestión de distintos organismos públicos descentralizados o desconcentrados. (inciso m. del Artículo 3°)
- La cooperación técnica de entes descentralizados o desconcentrados para el desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud. (inciso o. del Artículo 3°).
- El establecimiento de mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para asignar servicios y recursos. (inciso q. del Artículo 3°)
- La promoción de la cultura de salud, educación e información sanitaria a la población. (inciso r. del Artículo 3°)
- La promoción de la defensa de los derechos ciudadanos en salud. (inciso s. del Artículo 3°)
- La conducción y regulación de órganos desconcentrados que regulen y administren la provisión de servicio de salud a través de sus establecimientos de salud. (inciso v. del Artículo 3°).

<sup>28</sup> Debe recordarse que el Decreto Supremo N° 01-94-SA es una norma reglamentaria sin rango de ley. Por tanto, en términos estrictos, la Cogestión carecía de un marco legal que "respaldara" en el más alto nivel normativo su promoción como política de Estado.

#### Comentarios:

- La nueva Ley del Ministerio de Salud, expresa -con suma claridad- la voluntad política para articular esfuerzos entre actores públicos (correspondientes a los tres Niveles de Gobierno : Central, Regional y Local) y privados (Sociedad Civil), a fin de lograr los objetivos de las políticas públicas de salud.
- Dado lo anteriormente expuesto, la ley ha creado un *marco legal* para desarrollar y/o fortalecer mecanismos que articulen recursos y esfuerzos públicos y privados, evidenciando con suma nitidez la voluntad política para potenciar la Democracia Participativa en las competencias de rectoría sectorial, admitiéndose -por tanto- todas las modalidades que impliquen potenciarla y desarrollarla, en función al logro de los propósitos sectoriales.
- Asimismo se enfatiza el interés sectorial de articular los procesos de planeación regional y "subregional" (entendemos local) con el objetivo de armonizar planes de acción y reforzar gestiones y actividades así como asistir técnicamente en ámbitos territorios subnacionales, que permitan el desarrollo de las tareas de provisión de servicios de salud.
- En conclusión, dado lo anteriormente expuesto, en lo que concierne a la Cogestión, lo dispuesto en el incisos d), q), r) y s) del Artículo 3° de la Ley, representa la creación -por primera vez en el Perú- de un marco legal que incide directa y específicamente en la Participación y Control Ciudadano en los Servicios de Salud<sup>29</sup>.

---

#### 4.1.4 La Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado

Conforme se establece en el Numeral 1.1 del Artículo 1° de la ley, se declara "*...al Estado peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y construir un Estado democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano.*"

La ley tiene por objeto, "*... establecer los principios y la base legal para iniciar el proceso de modernización de la gestión del Estado, en todas sus instituciones e instancias.*"

La ley establece que el objetivo es alcanzar un Estado :

- (a) Al servicio de la ciudadanía.
- (b) **Con canales efectivos de participación ciudadana.**
- (c) **Descentralizado y desconcentrado.**
- (d) **Transparente en su gestión.**
- (e) Con servidores públicos calificados y adecuadamente remunerados.
- (f) **Fiscalmente equilibrado.**

---

<sup>29</sup> Debe recordarse que la norma que implemente el Modelo de Cogestión en la prestación de servicios de salud, es el Decreto Supremo N° 01-94-SA, norma que no cuenta con jerarquía de ley.

En cuanto a la Democracia Participativa, en el Artículo 8°, se establece que el Estado “... *debe promover y establecer los mecanismos para lograr una adecuada democracia participativa de los ciudadanos, a través de mecanismos directos e indirectos de participación.*”

En cuanto al *Control Ciudadano*, en el Artículo 9°, se estipula que el “... *ciudadano tiene el derecho de participar en los procesos de formulación presupuestal, fiscalización, ejecución y control de la gestión del Estado, mediante los mecanismos que la normatividad establezca.*”

#### Comentarios

- ☑ El Artículo 9° de la ley, consagra legalmente la posibilidad de implementar nuevas formas de Participación Ciudadana, dentro del marco de la Modernización del Estado, expresando una clara voluntad política para impulsar la Democracia Participativa y el Control Ciudadano. En este sentido, conviene anotar que expresamente se establece como una de las finalidades de la ley, lograr un Estado que sirva a la Ciudadanía y que cuente con “*canales efectivos de participación ciudadana.*”

En mérito de lo antes expuesto, la Ley N° 27658, promueve e impulsa con meridiana claridad nuevas dimensiones de la Participación Ciudadana -no previstas aún en el ordenamiento constitucional vigente- que otorgan al Modelo de Cogestión CLAS el respaldo legal del que adolecía desde su creación, no sólo en el ámbito Sectorial sino como una política institucionalizada del Estado Peruano.

- ☑ Asimismo, por efecto de lo prescrito en el Artículo 9° de la ley, el Modelo de Cogestión se tipifica -por sus elementos y características- como uno de los mecanismos en virtud de los cuales el ciudadano participa en la *fiscalización, ejecución y control de la gestión del Estado*, y, por tanto -en los términos de la ley- constituye una forma en que se ejercita el denominado *Control Ciudadano*.
- ☑ Asimismo, debe anotarse que supedita el ejercicio del Control Ciudadano a la emisión de la normatividad que establezca los mecanismos correspondientes, sin señalarse a qué entidad corresponderá aprobar las normas pertinentes. En tal sentido, siendo el caso que por efecto de lo prescrito en el inciso g) del Artículo 3° de la Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud, éste estaría legalmente facultado para emitir la normatividad que fuere necesaria sobre el particular.
- ☑ En conclusión, la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado representa el espaldarazo legal final al Modelo de Cogestión, como modalidad en que se ejercita la Participación, implicando la referida norma la consideración en el derecho positivo de una política de Estado orientada -entre otros aspectos- a contar con *canales efectivos de participación ciudadana*.

#### 4.1.5 La Ley N° 27680 – Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización

La Ley N° 27680 –que modifica todo el texto del Capítulo XIV del Título IV de la Constitución Política del Perú– define al proceso de descentralización como “... *una forma de*

organización democrática y constituye una política permanente de Estado, de carácter obligatorio, que tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral del país." (Artículo 1°).

En el Artículo 192°, se establece que los Gobiernos Regionales "... promueven el desarrollo y la economía regional, fomentan las inversiones, actividades y servicios públicos de su responsabilidad, en armonía con las políticas y planes nacionales y locales de desarrollo ...", siendo competentes para -entre otras atribuciones- promover "... y regular actividades y/o servicios en materia de agricultura, pesquería, industria, agroindustria, comercio, turismo, energía, minería, vialidad, comunicaciones, educación, salud y medio ambiente, conforme a ley."

En el Artículo 195°, se establece que los Gobiernos Locales "... promueven el desarrollo y la economía local y la prestación de los servicios públicos de su responsabilidad, en armonía con las políticas y planes nacionales y regionales de desarrollo ...", siendo competentes para -entre otras atribuciones- desarrollar "... y regular actividades y/o servicios en materia de educación, salud, vivienda, saneamiento, medio ambiente, sustentabilidad de los recursos naturales, transporte colectivo, circulación y tránsito, turismo, conservación de monumentos arqueológicos e históricos, cultura, recreación y deporte, conforme a ley."

En el Artículo 197° se prescribe que las municipalidades "... promueven, apoyan y reglamentan la participación vecinal en el desarrollo local. Asimismo brindan servicios de seguridad ciudadana, con la cooperación de la Policía Nacional del Perú, conforme a ley."

#### Comentarios

- El nuevo texto constitucional, dentro del gran proceso de descentralización del Estado, prevé competencias compartidas en las áreas de regulación de las actividades y/o servicios de salud así como -exclusivamente- al nivel de Gobierno Regional atribuciones vinculadas a su promoción y al nivel de Gobierno Local facultades vinculadas a su desarrollo, supeditándose dichas competencias a la ley.
- En virtud a lo señalado, los tres niveles de Gobierno (Nacional, Regional y Local) contemplados en la Constitución Política detentarían competencias normativas para las actividades y servicios de salud, de acuerdo a ley.
- Sin embargo, debe advertirse que en el ámbito sub nacional el Gobierno Regional detendrá un rol promotor de la salud, en tanto que el nivel de Gobierno Local estará a cargo de su desarrollo.
- Asimismo, lo dispuesto en el Artículo 197° reconoce explícitamente e impulsa al rol que han venido desempeñando las Municipalidades en materia de promoción, apoyo y reglamentación de la participación vecinal en el desarrollo local.
- En conclusión, la presente modificación constitucional permite advertir que (i) el proceso de descentralización es una política de Estado, (ii) los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales comparten competencias territoriales respecto a las actividades y/o servicios en materia de Salud, y (iii) compete a las Municipalidades promover, apoyar y reglamentar la Participación Vecinal.



---

#### 4.1.6 Reflexiones

6. Necesidad de un nuevo marco constitucional en materia de Democracia Participativa y Control Ciudadano. - El Modelo de Cogestión conocido como CLAS, impulsado por el Programa de Administración Compartida del Ministerio de Salud en mérito a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 01-94-SA, no cuenta aún en la actualidad con el marco constitucional que de manera explícita reconozca las otras posibilidades en que se manifiesta la Participación, principalmente en lo concerniente a su involucramiento en la provisión (tanto en la asignación como en la producción) de bienes y servicios públicos.
7. Marco legal de la Cogestión en Servicios de Salud. - Para efectos legales, es recién con la dación de la Ley N° 26482 - Ley General de Salud, que el Modelo de Cogestión logra contar con un marco legal que lo respalde.

Esta norma es importante dado que -para efectos legales, institucionales y jurídicos- crea un soporte legal para la aplicación del Decreto Supremo N° 01-94-SA permitiendo consolidar el Modelo, el mismo que anteriormente a la publicación de la precitada ley carecía de un referente legal para su aplicación.

8. Nuevas Disposiciones Legales que inciden en la Cogestión. - Las Leyes N°s 27657 - Ley del Ministerio de Salud; 27658 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, y, 27680 - Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV de la Constitución Política; configuran un nuevo escenario legal para el Modelo de Cogestión de los Servicios de Salud, algunos de cuyos elementos merecen destacarse :

##### *En materia Sectorial*

- (a) El nuevo rol del Ministerio de Salud como "articulador" de recursos y actores públicos y privados, a nivel intra e intersectorial, para el logro de los objetivos de las políticas públicas de salud.
- (b) La responsabilidad del MINSA para insertarse sectorialmente en los niveles regionales y locales así como de armonizar planes de acción y gestión de los distintos organismos descentralizados (que comprende a los Gobiernos Regionales y Locales), que incluye la cooperación con entes descentralizados y desconcentrados en función al desarrollo de sus tareas de provisión de servicios de salud.
- (c) La atribución del MINSA para establecer mecanismos de contrato o de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para asignar servicios y recursos.

##### *En materia de Modernización del Estado*

- (a) Es uno de los objetivos más importantes del Estado, contar con canales efectivos de participación ciudadana así como ser transparente en su gestión. Ello implica la promoción y establecimiento de mecanismos para lograr una adecuada

democracia participativa de los ciudadanos, a través de mecanismos directos e indirectos.

- (b) Se reconoce como derecho del ciudadano su participación en los procesos de formulación presupuestal, fiscalización, ejecución y control de la Gestión de Estado, mediante los mecanismos que la normatividad establezca.

*En materia de Descentralización*

- (a) El proceso de descentralización es una política permanente de Estado que tiene por objetivo fundamental el desarrollo integral del Perú. Dentro de dicho marco, los Gobiernos Regionales y Locales -en su respectivo ámbito territorial- regulan las actividades y servicios de salud, conforme a ley.
- (b) Los Gobiernos Regionales son responsables de la promoción de la salud en el espacio regional, en armonía con las políticas y planes nacionales y locales de desarrollo, conforme a ley.
- (c) Los Gobiernos Locales son responsables del desarrollo de las actividades y servicios de salud en el ámbito local, en armonía con las políticas y planes nacionales y regionales de desarrollo, conforme a ley.
- (d) Los Gobiernos Locales son los responsables territoriales de promover, apoyar y reglamentar la participación vecinal en el desarrollo local.

---

#### 4.2 EL MARCO REGLAMENTARIO DEL MODELO DE COGESTIÓN.

En el presente Capítulo, se examinará el marco normativo infralegal que regula para efectos administrativos y operativos el Modelo de Cogestión, identificando los factores jurídicos y legales administrativos que lo componen .

Por tanto, se expone el estado situacional actual del marco reglamentario actual del Modelo de Cogestión, lo que permitirá identificar los nudos críticos<sup>30</sup> de carácter legal que se observan a la fecha así como considerarlos como parte de los puntos temáticos para la nueva agenda regulatoria que el Ministerio de Salud deberá tener en cuenta para impulsar la Democracia Participativa y el Control Ciudadano en la provisión de los bienes y servicios de Salud, tal como lo ordenan los Artículos 8° y 9° de la Ley N° 26758 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.

---

<sup>30</sup> Ver el Capítulo III del presente Informe.

---

#### 4.2.1 El Decreto Supremo N° 01-94-SA

El Decreto Supremo N° 01-94-SA, publicado el 2 de mayo de 1994, se emitió en virtud a las siguientes consideraciones :

- ♦ "... la Constitución Política del Perú establece en su Artículo 7°, entre otros, que todos tiene derecho a la protección de la salud, la del medio familiar y la de la comunidad".
- ♦ "... la Constitución establece en su Artículo 9°, que le Estado determina la política nacional de salud, para lo cual el Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación en forma plural y descentralizada para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud; así mismo, de conformidad con el Artículo 11°, el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, supervisando su eficaz funcionamiento". "
- ♦ "... es necesario mejorar la calidad de la prestación de los servicios, en el nivel básico de salud, así como ampliar la cobertura de los mismos con mayor incidencia en las zonas de pobreza crítica, haciendo partícipe a la comunidad".
- ♦ "... es necesario adoptar medidas que mejoren sustantivamente la prestación de los servicios de salud, en el marco de una concepción que consolide la participación de la comunidad organizada en la gestión compartida con el Estado en los establecimiento de salud de los niveles básicos de atención".

En el Artículo 2° se establece que el "... Programa de Administración Compartida de los establecimientos de salud del nivel básico de atención, forma parte del Programa de Focalización del Gasto Social Básico ...".

En el Artículo 3° se dispone que el MINSA, "... en coordinación con las Direcciones Regionales y Subregionales de Salud del país, promueven la conformación de Comités Locales de Administración de Salud, (CLAS), integrados por representantes de organizaciones y personas naturales vinculados a actividades de desarrollo y de prestación de servicios de salud."

Cabe señalar que mediante el Decreto Supremo N° 002-2000-SA, se modifica el Artículo 3° del Decreto Supremo N° 01-94-SA, precisándose su personería jurídica (Asociación Civil) así como cambiándosele su denominación por Comunidad Local de Administración de Salud – CLAS, "... cuyo objeto social es co-administrar con el Estado en la administración de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud"

En el artículo 4° se prescribe que el "... CLAS se constituye como una persona jurídica".

En el Artículo 7° de la precitada norma se prescribe que a través de los *contratos de administración compartida* "... el Sector Público de Salud y el CLAS, asumen la responsabilidad de *compartir esfuerzos y recursos que permitan el óptimo funcionamiento del establecimiento de salud.*"

Dado que en el literal B. del presente Capítulo expondremos en detalle los sujetos e instrumentos jurídico legales que intervienen en el Modelo de Cogestión, nos permitimos efectuar las siguientes conclusiones que inciden en la justificación (fundamentación) del dispositivo :

- (i) La modalidad de Participación propuesta no se encuentra amparada por la Constitución Política.
- (ii) La Cogestión aparece como medio para mejorar la prestación de los servicios de salud en el nivel básico de atención.
- (iii) Propugna la participación de la comunidad organizada en la gestión compartida con el Estado en lo establecimientos de salud de los niveles básicos de atención.

---

#### 4.2.2 Actores e Instrumentos jurídico normativos utilizados en el Modelo de Cogestión

---

##### 4.2.2.1 Actores Sectoriales y Territoriales del Modelo de Cogestión y sus Atribuciones

###### CLAS

- Es una Asociación Civil denominada "Comunidad Local de Administración de Salud, denominado - CLAS". Es una persona jurídica de derecho privado, sin fines de lucro, de carácter eminentemente social y de bien común, ajena a toda actividad política y religiosa, regida por su Estatuto, el Código Civil y las normas que regulan la Administración Compartida de los servicios de Salud.
- Se constituye de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 01-94-SA y sus normas complementarias, con la finalidad de administrar los recursos públicos destinados a la ejecución del Programa de Salud Local (PSL) correspondiente a los servicios de salud del establecimiento del primer nivel de atención que le sea asignado mediante un Contrato de Administración Compartida.
- La Asociación tiene las siguientes obligaciones :

###### *Respecto a la Administración del Establecimiento de Salud (EE.SS)*

- Administrar los recursos humanos, financieros, materiales y de otra naturaleza que le sean *transferidos* mediante el Contrato de Administración Compartida.
- Efectuar control social respecto de la prestación de servicios de salud que brinda el EE.SS sujeto a su administración, comprobando la calidad, cantidad y oportunidad de los servicios.
- Ejecutar el PSL y los recursos presupuestados, en el marco de los compromisos del PSL.

- Mantener actualizado el padrón de identificación de usuarios de servicios de salud y la relación de personas beneficiadas con la prestación de gratuita de servicios de salud o por tarifas preferenciales, de acuerdo a las normas que dicta la autoridad de salud.
- Velar por la integridad de los recursos entregados a su administración así como del mantenimiento que se le brinde, "conforme a las normas administrativas y contables vigentes".
- Llevar a cabo el proceso de selección y contratación de personal con conocimiento y asistencia técnica de la DISA..
- Administrar el personal nombrado puesto a su disposición, el cual mantiene el régimen laboral y de pensiones al que pertenece el mismo.
- Evaluar periódicamente el desempeño del personal.
- Determinar el horario de atención del EE.SS, en coordinación con la DISA.
- Administrar los recursos directamente recaudados provenientes de los servicios que presta el establecimiento de salud, el Fondo Rotatorio de PCFARM así como los originados por donaciones o legados.

*Respecto a la Comunidad*

- Proporcionar la información que requiera la comunidad y las autoridades, en relación con el estado de salud de la población de su ámbito así como sobre los avances y problemas en la ejecución del PSL.
- Rinde cuenta a la Comunidad sobre el avance de objetivos y metas establecidos en el PSL., de acuerdo al procedimiento que establece el MINSA.

*Respecto a la DISA/DIRESA/MINSA/PAAG/PAC/ETAC*

- Programar e informar "a la autoridad de salud" sobre los avances, resultados y metas que se tracen en salud colectiva y en salud individual, número de personas atendidas y de atenciones, así como número, porcentaje y tipo de atenciones exoneradas.
- Remitir al Registro Nacional de Asociaciones CLAS, el Contrato de Administración Compartida, el PSL, copia fedateada de la Escritura Pública de Constitución del CLAS (debidamente inscrita en los Registros Públicos) y otros documentos que "... a

*criterio de la Coordinación de la Administración Compartida del Nivel Central ...." se consideren necesarios.*

- Donar a la DISA, al finalizar cada ejercicio presupuestal, los equipos y otros bienes existentes y/o adquiridos para el cumplimiento del PSL.
- Rendir cuenta sobre los recursos transferidos, de acuerdo a las normas de Administración Compartida así como la legislación complementaria. (Ver Cuadro N° 5)

#### Cuadro N° 9: La Rendición de Cuentas de los CLAS

"La rendición de cuentas y resultados que deben efectuar las Asociaciones CLAS se sustenta en el Artículo 48° de la Ley N° 27209, Ley de Gestión Presupuestaria del Estado y realizará el siguiente procedimiento:

- (i) Mensualmente las Asociaciones CLAS presentan a la Dirección Regional de Salud sus Declaraciones Juradas, no documentadas sobre la ejecución del gasto realizada en el mes.
- (ii) Mensualmente presentan a la DIRESA el avance de la ejecución de metas del PSL.
- (iii) La toma de inventario anual de existencia y activo fijo y la comprobación física en los establecimientos asignados al CLAS.
- (iv) La Asociación CLAS, en el mes de julio de cada año, presenta a la Dirección Regional de Salud un informe sobre la ejecución del Programa de Salud Local y un informe sobre sus estados financieros.
- (v) De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 48° de la Ley 27209, Ley de Gestión Presupuestaria del Estado, hasta el mes de febrero de cada año la Asociación CLAS debe obligatoriamente presentar para su revisión y aprobación por la Dirección Regional de Salud la siguiente información:
  - Declaraciones Juradas de las transferencias que recibió del Sector Público y de los RDR y otras fuentes, del ejercicio fiscal ejecutado;
  - Memoria institucional que resuma las actividades realizadas y los resultados respecto a los compromisos y metas de servicios contratados; y
  - Cronograma mensual de la forma como se ejecutó el gasto.
  - Rendición de Cuentas del ejercicio ejecutado (Estados Financieros).
  - Informe Anual del cumplimiento de metas PSL para el ejercicio fiscal correspondiente.

De existir observaciones por parte de la Dirección Regional de Salud el CLAS deberá absolverlas en un plazo no mayor de quince (15) días, a partir de la recepción por parte del CLAS, del documento de observación de la Dirección Regional de Salud, a efectos de que el Balance aprobado por el Consejo Directivo cuente con el Visto Bueno de la Dirección Regional. Esto será requisito indispensable para que el PAAG proceda a efectuar la transferencia de fondos del próximo ejercicio fiscal. Concomitantemente debe proceder a elaborarse el nuevo PSL por cada CLAS con asistencia técnica de la Dirección Regional de Salud como instrumento de financiamiento sistemático y sustentatorio."

Fuente: R.M N° 176-2000-SA/D, que aprueba las Normas de Aplicación del DS N° 01-94-SA

## DISA/DIRESAS

- Es la máxima instancia técnica normativa descentralizada del Sector Salud en el nivel Departamental.
- Es el contratante de los servicios de los CLAS.
- Sus obligaciones son :

### *Respecto al PSL*

- Prestar asesoramiento para la elaboración del Programa de Salud Local (PSL) así como en todo aquello que facilite la ejecución del PSL.
- Financiar, supervisar y emitir la conformidad de la ejecución del PSL..
- Archivar los reportes de avance de cumplimiento de metas del PSL..
- Poner a disposición del CLAS el personal nombrado que permita el cumplimiento del PSL.
- Proporcionar la infraestructura física, mobiliario, equipos, medicamentos, insumos y otros necesarios para el cumplimiento del PSL..
- Garantizar la asignación de los gastos programados en las Específicas del Gasto 30 Bienes de Consumo y 36. Tarifas de Servicios Básicos

### *Respecto al CLAS*

- Emitir la conformidad al estado financiero.
- Supervisar el cumplimiento de las normas técnico – sanitarias, legales y administrativo – contables.
- Definir la organización territorial de los EE.SS a ser incorporados a la Administración Compartida.
- Designar al Gerente del CLAS así como a los miembros de la comunidad que representarán a la DISA/DIRESA ante la Asamblea General CLAS.
- Supervisar, evaluar y controlar mensualmente el desenvolvimiento del CLAS para recomendar las acciones correctivas.

- Recabar mensualmente del CLAS la Declaración Jurada de Gastos y Reporte de Avance de cumplimiento de metas correspondiente al mes anterior.
- Asesorar al CLAS en los concursos de personal e integrar el Jurado Calificador.
- Formular el Expediente Técnico y autorizar la solicitud sobre adquisición de equipos médicos o infraestructura que requiera el CLAS.
- Disponer la verificación administrativa y contable correspondiente de los estados financieros en el mes de noviembre de cada año y monitorizar el cumplimiento de sus recomendaciones.
- En situaciones de emergencia, dispone la intervención interviene de los servicios a cargo del CLAS *"... en términos que se requieran para la mejor atención de la población en riesgo"*.
- Asesorar al CLAS en la organización y funcionamiento del servicio de farmacias.
- Incorpora, al finalizar el ejercicio presupuestal, en el margesí de bienes del Estado, los equipos y otros bienes existentes y/o adquiridos por los CLAS durante dicho periodo.

*Respecto al Nivel Central (MINSa - PAAG - PAC - ETAC)*

- Remitir al PAAG - Nivel Central, el Informe "Conformidad para el Giro", para la autorización del Calendario de Compromisos correspondiente.
- Proponer el Expediente Legal del CLAS y los Contratos de Gestión suscritos para su aprobación mediante Resolución Ministerial.

**MINSa/PAAG/PAC/ETAC**

- Promover y Desarrollar en el primer nivel e atención el modelo de gestión de servicios de salud descentralizado, con autonomía regulada y efectiva participación comunitaria.
- Normar el Programa de Administración Compartida (Ver Cuadro: N° 6).



- Difundir el marco conceptual, los lineamientos y la información necesaria para la institucionalización de la Administración Compartida.
- Homogenizar criterios, herramientas y conocimientos en el proceso de conformación de los CLAS.
- Llevar el Registro Nacional de las Asociaciones CLAS, el cual es referencial y está a cargo del Coordinador del PAC.

#### Cuadro N° 10: El Programa de Administración Compartida

El Programa de Administración Compartida forma parte del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, con sus lineamientos e involucrando obligatoriamente a todas sus unidades funcionales de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del PAAG, aprobado con Resolución Ministerial N° 199-99-SA/DM.

El PAC es administrado por un Coordinador cuyo alcance y ámbito es nacional; designado mediante Resolución Ministerial, quien es el responsable de promover el desarrollo eficiente, sostenido y homogéneo del Programa, así como de las Asociaciones CLAS en el ámbito nacional.

El Coordinador del PAC tiene las siguientes facultades y atribuciones

- Dirigir y administrar en el ámbito nacional, la promoción, constitución, información y seguimiento de las actividades relacionadas al desarrollo del Programa Administración Compartida;
- Conducir el proceso de programación, formulación y ejecución presupuestal del PAC;
- Evaluar periódicamente los resultados de las actividades programadas por el PAC;
- Mantener actualizado el Registro Nacional de las Asociaciones CLAS y custodiar los títulos e instrumentos a su cargo;
- Solicitar la información que resulte necesaria a las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias de Red, CLAS u otras dependencias;
- Informar periódicamente a la Unidad de Coordinación para la Modernización del Subsector Público de Salud y al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, respecto de la marcha del PAC;
- Proponer, emitir, aprobar y difundir lineamientos, normas administrativas, directivas, instructivos y resoluciones para el mejor cumplimiento de las funciones y objetivos del programa Memoria institucional que resuma las actividades realizadas y los resultados respecto a los compromisos y metas de servicios contratados; y
- Autorizar, bajo responsabilidad, los informes técnicos prestacionales y legales que sustenten la aprobación del Contrato de Administración Compartida mediante Resolución Ministerial
- Integrar e integrarse funcionalmente a los objetivos y fines de modernización y descentralización del Ministerio de Salud, con el PAAG y el PSBPT.
- Otros que le encargue la Alta Dirección.

## Comunidad

- Elige a los miembros de la Asamblea General del CLAS.
- Eventualmente los CLAS pueden rendirle cuentas.
- Tiene el derecho a estar informada respecto a los avances en la ejecución del PSL.
- Pleno acceso a los EE.SS.

### **Cuadro N°11 : Requisitos para ser elegido como miembro CLAS**

La comunidad y la Dirección Regional de Salud deberán tomar en consideración los siguientes criterios para la selección de los miembros de la Asociación CLAS:

- Ser mayor de edad;
- Carecer de antecedentes penales;
- Tener reconocida solvencia moral;
- Haber participado en labores comunitarias o pertenecer a instituciones locales de base;
- Tener domicilio fijo en el ámbito de la Asociación CLAS
- Haber sufragado en las últimas elecciones.

---

#### 4.2.2.2 Instrumentos

##### Contratos de Gestión

###### *Marco Legal*

- Se rige por las normas del Código Civil y, por tanto, su creación, ejecución, modificar y extinción se sujeta -en principio- a dicho marco legal.

###### *Objeto del Contrato*

- El Objeto del Contrato es otorgar al CLAS "... la facultad de administrar los recursos humanos, financieros, materiales y otros asignados para la ejecución del PSL"; de los EE.SS a su cargo. (Ver: Cuadro N° 7)
- Por su parte la DISA /DIRESA se obliga a realizar una transferencia financiera mensual, para el cumplimiento del PSL, estableciéndose un monto "referencial" que depende de la disponibilidad presupuestaria de dicha Entidad.

### *Plazo de Vigencia*

- El plazo de vigencia es de tres años.
- Su vigencia se computa a partir de su aprobación por Resolución Ministerial.
- Procede la renovación automática cuando al término del precitado plazo ninguna de las partes invoque algunas de las causales de resolución contractual.

### *Causales de Resolución*

- Por acuerdo de las partes o pedido de una de ellas, luego de transcurrido un año.
- Incumplimiento de las metas previstas en el PSL, por causa inexcusable, atribuible al CLAS.
- Por destinar los recursos transferidos en administración en fines distintos a lo establecido en el PSL.
- Cuando los miembros del CLAS realicen en el EE.SS actividades reñidas con la ética, proselitismo político o algún tipo de discriminación a las personas para la prestación de los servicios de salud.
- Incumplimiento del CLAS, de las normas para la ejecución de Programas de salud dispuestos por el MINSA o la DISA/DIRESA..
- No entrega de la Rendición de Cuentas del trimestre o semestre anterior, una vez cumplidos los plazos otorgados por la autoridad de salud.

### **Programa de Salud Local (PSL)**

- Es el instrumento técnico que describe la programación de la atención básica correspondiente al primer nivel de atención incluyendo 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.
- Se establece en función a las prestaciones básicas de salud que el Estado ha priorizado conjuntamente con la comunidad, en función de (i) las características socio económicas, (ii) necesidades de salud y (iii) demanda de servicios de poblaciones en ámbitos territoriales definidos.

### Cuadro N° 12 : El Contrato de Administración Compartida

"El Mediante el Contrato de Administración Compartida, el Estado -representado por la Dirección Regional de Salud- transfiere a una Asociación CLAS la administración de los recursos humanos, económicos, financieros y de infraestructura de los establecimientos de salud. El servicio de administración que brindan dichas Asociaciones al Estado es a título gratuito y fortalece la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud

El Contrato de Administración Compartida tiene una vigencia de tres (03) años fiscales pudiendo ser renovado por plazos similares. En él se establecen las facultades y obligaciones de las partes relativas a la ejecución del Programa de Salud Local -PSL-.

La Asociación CLAS mediante el Contrato de Administración Compartida podrá asumir la administración de uno o varios establecimientos de salud, correspondiendo al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive ser la sede de la Asociación o en su defecto el que designe la Dirección Regional de Salud. Los miembros de la Asociación CLAS, representarán a las comunidades donde se encuentran ubicados los establecimientos de salud.

Fuente : R.M N° 176-2000-SA/D, que aprueba las Normas de Aplicación del DS N° 01-94-SA

#### 4.2.2.3 Marco legal aplicable a la "administración" CLAS

##### Régimen legal financiero (contable) y presupuestario

- El financiamiento del PAC está a cargo del Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT – ex Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud) especificando los recursos disponibles.
- Las transferencias de fondos y bienes otorgados por el Estado, los recursos directamente recaudados por la prestación de servicios de salud, los ingresos provenientes de acciones comunitarias efectuadas en apoyo al funcionamiento del establecimiento de salud, las donaciones y legados de personas naturales y jurídicas, sean éstas públicas o privadas, destinadas al establecimiento de salud o a mejorar la prestación de salud del Estado constituyen Recursos Públicos bajo la administración de la Asociación CLAS.

### Cuadro N° 13 : Contenido del Programa de Salud

#### Contenido del PSL :

- (a) Un diagnóstico de situación incluyendo el aspecto socioeconómico, medio ambiental, sanitario, demográfico, y epidemiológico de la población referencial en el ámbito del contrato, diferenciando la situación según grupos etáreos y de riesgo, con los indicadores más relevantes que corresponda conforme a los lineamientos de política del Ministerio de Salud y prioridades locales; tomando como base de conocimiento objetivo el censo local.
- (b) Las prioridades sanitarias locales y las de referencia nacionales y regionales que corresponden a la atención básica del primer nivel de atención;
- (c) Los objetivos, avances, resultados e indicadores de cobertura, producción y de calidad, así como las estrategias relativas a los servicios básicos de salud respectivos.
- (d) Estimado de costos directos e indirectos de producción por servicios y actividades.
- (e) El presupuesto anual, mensualizado y por toda fuente;
- (f) Información complementaria gráfica, georeferencial y mapas epidemiológicos, poblacionales y de red vial - social, que interrelacionados permitan estrategias operacionales.
- (g) El PAC es administrado por un Coordinador cuyo alcance y ámbito es nacional; designado mediante Resolución Ministerial, quien es el responsable de promover el desarrollo eficiente, sostenido y homogéneo del Programa, así como de las Asociaciones CLAS en el ámbito nacional.

- Los ingresos provenientes por la prestación de los servicios asistenciales que el Estado brinda a la comunidad en los establecimientos de salud, constituyen Recursos Directamente Recaudados (RDR). Los recursos directamente recaudados deben ser destinados a financiar directamente el PSL.
- El cambio de destino de recursos comprometidos por una específica de gasto debidamente contenida en el PSL sólo se podrá efectuar por acuerdo del Consejo Directivo sustentado en un informe técnico prestacional contable y legal, y con la debida información a la Dirección Regional de Salud, quien en el plazo de 3 días de recibido deberá manifestar su opinión y conformidad.
- Los recursos provenientes de los Programas Nacionales y otras dependencias del Ministerio serán administrados por la Asociación CLAS y se rinden de acuerdo a los plazos, procedimientos y formatos establecidos en las normas correspondientes o en su ausencia o defecto lo que se determine al coordinar con dichos proyectos y programas; con conocimiento y conformidad del PAAG y la coordinación del PAC.
- El CLAS deberá cumplir con llevar los libros y registros de contabilidad completa de acuerdo al Plan Contable General Revisado. El registro de

las operaciones contables deberá estar respaldado por la firma de un Contador Público Colegiado, quien asumirá la responsabilidad por la veracidad de la información contenida en los mismos.

- Los comprobantes de pago emitidos por la prestación de los servicios de salud consignarán el número de Registro Único de Contribuyente (RUC) de la Dirección Regional de Salud, por ser esta la entidad pública que representa al Estado en la prestación de los servicios.

Para efectos operativos, el Tesorero del CLAS los deposita, con la periodicidad que garantice su seguridad y cautela, en la cuenta corriente de la Asociación.

Una vez efectuado el depósito, mensualmente informará sobre el particular a la Oficina de Administración de la Dirección Regional de Salud, quien trimestralmente formalizará la transferencia mediante la resolución correspondiente y realizará los registros que corresponda (SIAF u otros regulares).

- La ejecución del gasto es de entera responsabilidad de la Asociación CLAS y se realiza de acuerdo al presupuesto aprobado para el PSL.
- El procedimiento de asignación de recursos, durante la Fase de Ejecución Presupuestal, se sujeta al procedimiento descrito en el Cuadro N° 9.

#### Régimen legal de personal

- La Asociación CLAS contrata a su personal bajo el régimen laboral de la actividad privada, debiendo cumplir con las obligaciones según corresponda por concepto de beneficios sociales, o retenciones de tributos u otros establecidos por dicho régimen laboral.
- Todos los recursos humanos involucrados e incorporados en los centros o puestos de salud en modalidad de Administración Compartida deben cumplir con los objetivos y compromisos sanitarios de atención básica programados en el PSL de la Asociación CLAS.
- La Asociación CLAS no puede realizar pagos por ampliación horaria o de otro orden laboral con el personal nombrado o contratado por el Estado que haya sido puesto a su disposición para cumplir con tareas funcionales, siendo de cargo -en dichos casos- de la Dirección Regional de Salud.

### Cuadro N° 14 : Procedimiento de asignación de recursos

#### Procedimiento de asignación de recursos al CLAS:

1. El PAAG en coordinación con la Dirección Regional de Salud, asignará a las Asociaciones CLAS los recursos económicos provenientes del Tesoro Público para la ejecución de las metas programadas en el PSL.
2. Una vez aprobado el Contrato de Administración Compartida cada CLAS presenta, para su revisión y aprobación a la Dirección Regional de Salud la programación trimestral de gasto, quien a su vez remitirá, el consolidado de las programaciones de las Asociaciones CLAS, a más tardar el día 05 del mes anterior al inicio del trimestre a la Coordinación del PAC para su elevación al PAAG.
3. Aprobado el Calendario de Compromisos la Autorización de Giro, por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, el PAAG procederá a efectuar la transferencia de los fondos mediante el depósito en la Cuenta Corriente del CLAS, previa presentación por parte de la Dirección Regional del documento CONFORMIDAD PARA EL GIRO.
4. La transferencia de fondos se realizará en el mismo mes en que los recursos son habilitados al PAAG por el MEF.
5. El PAAG depositará los fondos en la cuenta corriente de la Asociación CLAS aperturada en una institución bancaria privada de primer nivel;
6. La Asociación CLAS a través de la Dirección Regional de Salud remitirá mensualmente al PAAG nivel central, el documento "Conformidad de Recepción de Fondos".

#### Régimen legal tributario

- Las obligaciones de carácter tributario de las Asociaciones CLAS se encuentran reguladas por el Texto Unico Ordenado, del Código Tributario, aprobado por Decreto Supremo N° 135-99-EF, Texto Unico Ordenado del Impuesto a la Renta, aprobado el Decreto Supremo N° 054-99-EF, Texto Unico Ordenado de la Ley del Impuesto General a las Ventas e Impuesto Selectivo al Consumo, aprobado por Decreto Supremo N° 051-99-EF, y las normas que regulan las aportaciones y contribuciones al Sistema de Pensiones y del Sistema de Salud.
- El pago de la tasa (derecho) que efectúan los usuarios para su atención en los establecimientos de salud, constituyen Recursos Directamente Recaudados y se encuentran bajo la administración del CLAS. Se registra contablemente como recursos transferidos en administración para ser ejecutados conforme al PSL.
- La Asociación CLAS, como administrador deberá consignar en el comprobante de pago respectivo el número del Registro Único de Contribuyente de la Dirección Regional de Salud.

- Las Asociaciones CLAS podrán solicitar el fraccionamiento de la deuda tributaria generada por el cumplimiento del PSL, así como de aquella deuda a favor de ESSALUD o de las Administradoras de Fondos de Pensiones -AFP- generada por los aportes a favor del personal contratado por la Asociación. Dicha deuda será cancelada con cargo a los Recursos Directamente Recaudados y el saldo será cubierto con los recursos que obtengan las Asociaciones CLAS de sus propias actividades.

#### Régimen legal para las contrataciones y adquisiciones

- Las adquisiciones de bienes y servicios se realizan conforme al plan anual de adquisiciones y contrataciones registrado en el PSL.
- Las adquisiciones y contrataciones son realizadas directamente por la Asociación CLAS debiendo consignar su número del RUC en el comprobante de pago respectivo.

#### Régimen legal para la administración de los bienes muebles e infraestructura de los EE.SS administrados por los CLAS

- Las mejoras realizadas por los CLAS en la infraestructura, equipo y demás bienes a cargo de su administración, con recursos provenientes de donaciones efectuadas por los propios miembros de la Asociación o por terceros, se tendrán por efectuadas en beneficio del Estado.
- Los CLAS transfieren a título gratuito a la Dirección Regional de Salud los bienes adquiridos durante el Año Fiscal, una vez culminado éste. Dichos bienes se incorporan por la DIRESA en el Margesí de bienes del Estado así como registrados en las cuentas contables correspondientes.

---

### 4.3 IDENTIFICACIÓN DE NUDOS CRÍTICOS Y RETOS NORMATIVOS.

En el presente Capítulo, se procede a enumerar los Nudos Críticos que desde una perspectiva legal y jurídica advierte el Consultor respecto al diseño e implementación del Modelo de Cogestión, teniendo en cuenta la información expuesta en los Capítulos precedentes del presente informe.

Para tal efecto, entendemos por *Nudos Críticos* a todos aquellos puntos temáticos de carácter jurídico normativo que presentan dificultades y/o costes de transacción para su aplicación así como los que requieren de un enfoque legal más preciso.

Asimismo, teniendo en cuenta el nuevo *escenario legal* que incide sobre el modelo, en el presente Capítulo se enumeran los *Retos Normativos* que éste presenta para la Cogestión de los Servicios de Salud los cuales necesariamente deberán ser considerados en cualquier decisión sectorial que sobre éste se adopte para los próximos años.

Tanto los *Nudos Críticos* como los *Retos Normativos* constituyen los puntos temáticos a partir del cual el Consultor formulará su propuesta legal – normativa, orientada al *redimensionamiento* de



la Cogestión para la atención de la Salud, la misma que se inscribirá dentro del marco conceptual que informa los productos individuales del Equipo de Consultoría al que pertenece.

---

#### 4.3.1 Nudos críticos

---

##### 4.3.1.1 Personería Jurídica.

- a. Si se examina el texto original del Decreto Supremo N° 01-94-SA, la figura de la Asociación Civil no estuvo contemplada inicialmente para el CLAS. En el texto del Artículo 4° del precitado decreto supremo, sólo se hace referencia a que "... *se constituye como persona jurídica* ...".
- b. Es en virtud a lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 002-2000-SA, modificatorio del Artículo 3° del Decreto Supremo N° 01-94-SA, en que se precisa la personería jurídica del denominado CLAS señalándose que es una Asociación Civil (regulada por el Código Civil) y cambiándosele su denominación por : "*Comunidad Local de Administración de Salud - CLAS*". En la misma norma se establece su Objeto Social : "*co-administrar con el Estado en la administración de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud*".
- c. Dado lo expuesto, la pregunta es : ¿Cómo se llegó a la idea de aplicar una figura societaria considerada en el Código Civil?, teniendo en cuenta que dicha persona jurídica se caracteriza por<sup>31</sup> :
  - Es una organización estable de personas naturales o jurídicas, o de ambas, que a través de una actividad común persigue un fin no lucrativo.
  - Su existencia comienza el día de su inscripción en el registro respectivo.
  - Se rige por su Estatuto el cual debe constar en Escritura Pública, salvo disposición distinta por la ley.
  - La Asamblea General es el órgano supremo de la Asociación. Elige a las personas que integran el Consejo Directivo, aprueba las cuentas y balances, resuelve sobre la modificación del Estatuto, la disolución de la asociación y los demás asuntos que no sean competencia de otros órganos.
  - Los asociados que desempeñen cargos directivos son responsables ante la asociación conforme a las reglas de la representación.

---

<sup>31</sup> Ver: Título II : Asociación del Código Civil vigente.

d. A la luz de lo prescrito en el Código Civil la naturaleza de la personería jurídica elegida para el CLAS representa una serie de contradicciones de orden jurídico legal que detallamos a continuación :

- i) Siendo la Asamblea General el órgano supremo de la Asociación, en el Modelo de Cogestión vigente, es el MINSA -representado por la DISA- la verdadera instancia superior a la que el CLAS se supedita dado que :
- La DISA designa mediante Resolución Directoral al Gerente de la Asociación.
  - La DISA supervisa, evalúa y controla mensualmente el desenvolvimiento del CLAS y dispone del poder de efectuar "acciones correctivas".
  - La DISA recaba una serie de información administrativa y sanitaria que debe ser remitida obligatoriamente por el CLAS, conforme a las Directivas del PAC.
  - La DISA autoriza las solicitudes sobre adquisición de equipos médicos o infraestructura que requiera el CLAS.
  - La DISA dispone la verificación administrativa y contable del CLAS así como monitorea el cumplimiento de las recomendaciones de la misma.
  - La DISA emite un dictamen para la conformidad de los Estados Financieros del CLAS.

Por tanto, lo antes señalado no evidencia que la Asamblea General ejerza todo el poder de decisión respecto de la Asociación dado que gran parte de sus actos y actividades societarias se encuentran sujetos a refrendo, aprobación, supervisión, monitoreo, ratificación y evaluación por parte de la DIRESA.

- ii) Siendo que los CLAS se supeditan a lo estipulado en sus correspondientes Estatutos, resulta curioso que éstas normas de organización interna contemplen cláusulas "abiertas" en virtud de las cuales su desempeño institucional se sujeta a las decisiones o normas emanadas de una Entidad distinta a la Asociación, tal como se puede graficar en lo previsto para las sanciones aplicables a los miembros de la Asociación : (i) *Censura*, en el caso que un miembro interfiera o contradiga deliberadamente y sin justificación "... las disposiciones técnico administrativas emitidas por el MINSA y la Dirección Regional de Salud", y, (ii) *Expulsión* "...cuando debido a la naturaleza de la falta cometida y por Resolución, el Director Regional decide dar término a la designación del asociado como su representante ante la Asamblea General de la Asociación".

- iii) Existe duplicidad por parte del CLAS y la DIRESA en la aprobación de las cuentas y balances de la Asociación, generando una incertidumbre respecto a la eficacia de tal acto que emiten paralelamente la DIRESA y el CLAS. En tal sentido, la pregunta es ¿Cuál aprobación es la válida?. A la luz de lo estipulado por el Código Civil tal acto corresponde a la Asamblea General de la Asociación<sup>32</sup>.
- e. A la luz del marco conceptual del Modelo de Cogestión, como modalidad en que se expresa la Participación, se encuentran las siguientes inconsistencias en relación a la personería jurídica utilizada actualmente :
  - i) De acuerdo a las reglas del Código Civil, el Consejo Directivo rinde cuentas a la Asamblea General, no a la población.
  - ii) Para ser miembro del CLAS, conforme lo señalan las Directivas, sólo se "... requiere haber participado en labores comunitarias o pertenecer a instituciones locales de base".

Siguiendo a Finot (2001)<sup>33</sup>, la Participación se refiere siempre a organizaciones, dado que está referida a soluciones cooperativas –en oposición a las privadas- comprendiendo, por tanto la participación política y la social. En el caso del Modelo de Cogestión, resulta indispensable que la Participación Social se exprese incorporando a representantes propuestos por las organizaciones sociales territoriales de base tales como juntas de vecinos, comunidades campesinas, clubes de madres, comités del vaso de leche, juntas de regantes, entre otras.

Atendiendo a lo antes expuesto y atendiendo a los requisitos para ser miembro del CLAS, puede concluirse en que éstos permiten el involucramiento de personas que no necesariamente son representantes propuestos por las organizaciones territoriales de base. En este extremo, en el trabajo de campo realizado por este Consultor, existen numerosas evidencias fácticas que permiten afirmar la necesidad de fortalecer el marco normativo referido a los requisitos y mecanismos de participación para la Cogestión, con el objeto de incorporar a representantes acreditados por las propias organizaciones sociales territoriales de base y fortalecer, de esta manera, el *Capital Social* del territorio.

Fortalecer el *Capital Social* territorial significa mayor gobernabilidad y, por tanto, debiera constituir uno de los mayores retos para el Modelo de Cogestión y para el proceso de Descentralización del Estado

---

<sup>32</sup> Ver : Artículo 86° del Código Civil.

<sup>33</sup> Ivan Finot, "Descentralización en América Latina : Teoría y Práctica, ILPES, Santiago de Chile, Mayo de 2001.

## Cuadro N°15 : El Concepto de Capital Social

"El Capital Social es "... un conjunto de dimensiones de la interacción colectiva, en las cuales los individuos tienen que (y deben) ubicarse a fin de estructurar una interacción con sentido y asentarse como personas en la trama de normas y valores morales que constituyen y construyen a la comunidad y la sociedad en que vive.

En este sentido el capital social se comprende como una forma bajo la cual se construye la propia comunidad que sustenta a los individuos. De este modo, esta acepción de capital social incluye a las redes, las confianzas mutuas y las organizaciones donde se dan preferentemente procesos de interacción cara a cara.

Estamos aquí definiendo capital social como la capacidad que tiene una comunidad de emprender obras colectivas, persiguiendo objetivos comunes y en términos individuales como la participación (mayor o menor) que un individuo tiene respecto de las redes, legitimidades, normas y orientaciones de una determinada comunidad que constituye así su grupo de referencia inmediato o mediato. Obviamente, el capital social cumple variadas funciones, pero todas ellas dicen relación con interacción práctica actual o potencial orientada a la acción socialmente integrada a los variados grupos de referencia.

Ahora bien, el concepto de red social, puede ser considerado, pues, como una de las dimensiones claves del capital social (Putnam, 1995). A él hay que agregar el concepto de "confianza" que designa el tipo de relaciones que conforman red y posibilitan incrementar o no ese capital social. Una tercera dimensión del capital social se encuentra en las redes que se formalizan en organizaciones (formales o informales) y/o asociaciones, en las cuales participan los individuos en la sociedad civil. Para autores como (Putnam, 1995), las organizaciones forman parte del capital social en tanto que para (Lomnitz, 1998) las organizaciones no conforman redes sociales. Es posible establecer una compatibilidad conceptual entre ambos enfoques por cuanto el concepto de capital es el más comprensivo: abarca redes de reciprocidad espontánea (Lomnitz y Putnam); confianzas (Lomnitz y Putnam); y organizaciones sociales en la sociedad civil (Putnam).

(...)

Otro concepto que se debe tomar en cuenta es el de asociatividad que, por su parte, aparece como clave para comprender contactos y redes sociales de los microempresarios -en un determinado territorio o fuera de él- redes que son relevantes para potenciar su actividad económica. Este enfoque antropológico ha sido complementado, por enfoques psicosociales en cuanto a que la interacción de los pobres se da en el marco de una red de redes. Estrategias de intervención social en Buenos Aires, en el campo de la salud y de la educación, han demostrado que las redes sociales son sistemas abiertos que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes, y los de otros grupos sociales, posibilitan la potenciación de recursos que poseen. En efecto, "la red es la creación permanente de respuestas novedosas y creativas para satisfacer las necesidades e intereses de los miembros de una comunidad, de forma solidaria y autogestionada" (Dabas, 1993:85).

(...)

Por definición la red está compuesta de un conjunto de relaciones o lazos entre actores (individuales u organizacionales) y pueden tener contenido (tipo de relación) y forma (fortaleza de la relación). (Powell y Smith Doerr, 1994). Por este motivo, la red potencial para los individuos, las familias y las comunidades constituye un elemento muy relevante del Capital social (Lomnitz, 1998; Putnam, 1995). Se trata de recursos sociales, a través de los cuales los agentes sociales reproducen su nivel de vida y/o se integran en la sociedad, en la economía y la cultura.

(...)

De esta manera, los objetivos del actor pueden ser variados lo que le llevará a una participación social en grupos de referencia diversificados, algunos de los cuales pueden situarse en el centro del poder de la sociedad, otros en la periferia y/o en la construcción de modelos de reforma, alternativos o resistentes. El concepto de capital social resulta así un concepto que es coherente con un enfoque dinámico de desarrollo humano que, a partir de las propias capacidades, posibilita entender la compleja articulación entre el sujeto y la estructura, entre los objetivos diversificados de las personas y grupos sociales y los requerimientos de la estabilidad y gobernabilidad de la sociedad democrática. Mediante el Contrato de Administración Compartida, el Estado -representado por la Dirección Regional de Salud- transfiere a una Asociación CLAS la administración de los recursos humanos, económicos, financieros y de infraestructura de los establecimientos de salud. El servicio de administración que brindan dichas Asociaciones al Estado es a título gratuito y fortalece la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud.

El Contrato de Administración Compartida tiene una vigencia de tres (03) años fiscales pudiendo ser renovado por plazos similares. En él se establecen las facultades y obligaciones de las partes relativas a la ejecución del Programa de Salud Local -PSL-.

La Asociación CLAS mediante el Contrato de Administración Compartida podrá asumir la administración de uno o varios establecimientos de salud, correspondiendo al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive ser la sede de la Asociación o en su defecto el que designe la Dirección Regional de Salud. Los miembros de la Asociación CLAS, representarán a las comunidades donde se encuentran ubicados los establecimientos de salud.

Fuente : R.M N° 176-2000-SA/D, que aprueba las Normas de Aplicación del DS N° 01-94-SA

- iii) Finalmente, aplicando la Teoría del Principal Agente, queda claro que de vista la normatividad que regula la Asociación CLAS el Principal sigue siendo la "Autoridad"<sup>34</sup> y no la población del territorio.
- f. Existen numerosos costos de transacción por las formalidades y trámites que implica la aplicación de la persona jurídica de carácter civil denominada Asociación, para cuyo efecto, anotamos algunos ejemplos :
- El CLAS no funciona si no está Registrado (previo trámite notarial).
  - El Estatuto CLAS debe constar en Escritura Pública.
  - El CLAS debe contar con Libros de Miembros, de Actas de las Sesiones de Asamblea General y de Consejo Directivo, debidamente legalizados.
  - La modificación del Estatuto implica su inscripción en el Registro Público correspondiente, previo trámite notarial pertinente.

Los costos de transacción ocurren básicamente por demoras registrales y notariales para la constitución de la Asociación, modificaciones estatutarias, inscripción y acreditación del CLAS y sus miembros, observaciones registrales así como por gastos de abogados, legalización de firmas y libros societarios, gestiones y viajes.

---

#### 4.3.1.2 Actores Territoriales.

- a. Débil presencia del Nivel de Gobierno Regional en el Modelo de Cogestión :
- En lo que concierne al Nivel de Gobierno Regional, no existe un rol asignado directamente a dicho nivel dentro del Modelo de Cogestión actual, con el agravante que este nivel no se encuentra vigente plenamente : hoy funcionan en su lugar los Consejos Transitorios de Administración Regional, en la práctica dichos entes no ejercen poder político territorial alguno (no cuentan con autoridades elegidas) sino más bien constituyen unidades descentralizadas administrativas del Gobierno Central .
  - Sin embargo, a pesar que desde el punto de vista institucional y presupuestal el CTAR se encuentra representado por la Dirección Regional de Salud (DIRESA), ésta última Dependencia actúa bajo una perspectiva sectorial antes que territorial. Es decir, sus funciones están orientadas al cumplimiento de las políticas sectoriales emanadas por el "nivel central" así como cumplir la función de interfase respecto de la información que producen los CLAS hacia el MINSa.

---

<sup>34</sup> En el Modelo de Cogestión es la Autoridad de Salud, representada por la DIRESA, el PAC, el PAAG y el MINSa.

- Los roles reservados a la DIRESA son de control, supervisión y monitoreo de los CLAS pero sin que ello importe asumir -de un modo activo- el liderazgo para la atención de la salud en el territorio (Región), desperdiándose la marcada tendencia actual, que se está experimentando en el Perú, hacia la promoción del *desarrollo territorial*, cuyo sustento conceptual podemos apreciar en el Cuadro N° 10.

Cuadro N° 16 : Una aproximación al concepto de Desarrollo Territorial

Teorías	Determinantes
<p>Teorías Espaciales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Von Thünen y la Escuela Alemana</li> <li>2. Multiplicador de base-exportación (Friedmann) y Potencial de Mercado (Harris)</li> <li>3. Ciencia Regional (Isard)</li> </ol> <p>Teorías del Crecimiento Económico</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Centro-Periferia (Friedmann, Frank, Amin, CEPAL)</li> <li>5. Causación Circular y Acumulativa (Myrdal, Hirshman, Kaldor)</li> <li>6. Polos de Crecimiento (Perroux y Boudeville)</li> <li>7. Etapas de Crecimiento (Clark, Fisher, Rostow)</li> <li>8. Teorías Neoclásicas del crecimiento (Solow, Swan)</li> <li>9. Teorías del Crecimiento Endógeno (Romer, Lucas)</li> <li>10. Acumulación Flexible (Piore, Sabel, Scott, Storper, Lipietz, Benko y los regulacionistas franceses e italianos)</li> <li>11. La Nueva Geografía Económica (Krugman, Fujita, Venables, Henderson, Quah)</li> <li>12. Geografía Socio-Económica e Industrial (Martin y los teóricos del post-fordismo)</li> <li>13. Crecimiento y convergencia</li> <li>14. Geografía Física y Natural (Sachs, Gallup, Mellinger, Venables)</li> </ol>	<p>Valor y calidad de la tierra-Transporte La demanda externa e interna</p> <p>Modelo General</p> <p>Desarrollo Asimétrico y Desigual Retroalimentación de la expansión del mercado</p> <p>Interdependencias del tipo <i>input-output</i> en torno a La industria líder</p> <p>Dinámica intersectorial interna Tecnología, determinada exógenamente Capital Físico y Conocimiento, con rendimientos crecientes a escala y competencia imperfecta</p> <p>Las economías flexibles, las PYMES, el capital social y la innovación</p> <p>Efectos de aglomeración a la Marshall, con rendimientos crecientes a escala Relaciones sociales territoriales</p> <p>La convergencia neoclásica puede desvirtuarse a causa de los efectos acumulativos de aglomeración en los territorios más ricos</p> <p>Entorno Físico</p>
<p>(...) Parecería, entonces, que las dos vertientes—la espacial y la funcional— están confluyendo hacia una concepción más integral del territorio, en la cual este ya no sería un factor circunstancial que hay que incorporar al análisis del crecimiento económico, sino un <i>elemento explicativo esencial</i> de los procesos de crecimiento. Mas aún, los aportes de la geografía socio-económica, indican que el desarrollo territorial trasciende el campo económico, para entrar en las dimensiones social, cultural y política. (...) Es decir, esta visión integrada se refiere más a una <u>aproximación territorial al desarrollo</u> que a una teoría del crecimiento regional.</p> <p>(...) En definitiva, ya está históricamente demostrado que las "regiones que ganan" son aquellas en donde los valores y las instituciones y en general la "atmósfera" socio-cultural refuerzan el potencial tecnológico del desarrollo local.</p> <p>Fuente : Edgard Moncayo Jiménez, "Evolución de los Paradigmas y Modelos Interpretativos del Desarrollo Territorial", ILPES, 2001.</p>	

b. Nula presencia del Nivel de Gobierno Local en el Modelo de Cogestión :

- El nivel de Gobierno Local no cumple ningún rol en el actual Modelo de Cogestión.
- Sin embargo, *de facto*, existen numerosas evidencias -a nivel nacional- que evidencian la participación de las Municipalidades en acciones relacionadas con la provisión de insumos, financiamiento y creación o ampliación de infraestructura en apoyo de las actividades del PSL o del Establecimiento de Salud (EE.SS).
- La "ausencia" en la normatividad de la Administración Compartida del Nivel de Gobierno Local, constituye un indicativo más que muestra el marcado enfoque sectorial (enfoque *Top Down*) del Modelo de Cogestión, lo que evidencia que -desde el punto de vista normativo- ha constituido una estrategia impulsada desde el Gobierno Central y desarrollada en el ámbito territorial subnacional que busca lograr metas estandarizadas de cobertura, calidad, equidad, accesibilidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud en todo el ámbito nacional, a través de administradores y operadores territoriales de los EE.SS, pero sin integrar las expectativas que sobre la salud presenta los actores territoriales subnacionales (regionales y locales) dentro del marco de la lógica del desarrollo territorial.

---

4.3.1.3 Definición del Tipo de Descentralización que representa el Modelo de Cogestión.

- a. Resulta indispensable para la caracterización legal del Modelo de Cogestión, establecer qué tipo de descentralización implica desde la perspectiva del accionar estatal.
- b. Dado que el Modelo de Cogestión incide en la manera cómo se articula los esfuerzos y recursos públicos y privados (más bien diríamos sociales) para la provisión de bienes públicos, es evidente advertir que la *Participación en la Provisión de Bienes Públicos* es la otra cara de la moneda del *Proceso de Descentralización*.
- c. En este orden de ideas podemos afirmar que existe una relación virtuosa entre la Participación y la Descentralización. Constituyen procesos que generan sinergias entre sí. Descentralización con Participación permite hacer más eficiente la Provisión de Bienes Públicos<sup>35</sup> tanto el proceso de *Asignación* (qué y cuánto producir de cada Bien y cómo producir?) como en su *Producción* (cómo se decide qué y cuánto de factores).

---

<sup>35</sup> (Richard y Peggy Musgrave, 1989)

Sobre Descentralización y Participación es importante lo que nos dice Finot, en el Cuadro N° 17

### Cuadro N°17 : Descentralización y Participación

"Frente al paradigma económico neoliberal del Estado mínimo emerge la necesidad de un Estado regulador y redistribuidor. Si se suma a estas funciones la responsabilidad de asegurar un funcionamiento democrático, al nuevo Estado democrático le correspondería, básicamente: (i) en lo económico, crear las mejores condiciones para la competitividad; (ii) en lo social, reducir la pobreza y asegurar equidad, y (iii) en lo político, viabilizar una participación constructiva. Además, cumplir estas funciones con eficiencia y probidad.

El logro de estos objetivos resulta tanto más difícil cuanto: (i) durante el centralismo se desarrolló una cultura proteccionista que favorece funcionamientos monopólicos; (ii) las desigualdades y en particular la pobreza resultaron acrecentadas por la crisis y el consiguiente ajuste, y (iii) durante el centralismo se fortaleció una fuerte cultura paternalista, clientelista y prebendalista.

Frente a este desafío, la descentralización emerge ya no solamente como una condición para profundizar la democratización y como parte de una estrategia para enfrentar la crisis de la deuda sino como la forma de organización más adecuada para implementar un nuevo paradigma que se basa en la complementariedad entre los sectores privado, social y público (...).

En primer lugar, la descentralización parece particularmente apropiada para facilitar la *competitividad*: sólo a través de ella sería posible la adecuación del aparato estatal a las tendencias descentralizadoras y desconcentradoras propias de una nueva forma de producir. Y tan importante como esto: la descentralización sería el medio por excelencia para que el Estado desempeñara las nuevas funciones que le corresponden en forma eficiente, pues ella permitiría, además de una mayor eficiencia fiscal: (i) una mejor adecuación de la provisión de servicios públicos a las diferencias territoriales, (ii) la descongestión de la administración pública y (iii) una mayor participación ciudadana en los procesos de asignación y control del gasto.

En segundo lugar, en lo que se refiere a objetivos sociales, nuevos sistemas de redistribución territorial deberían generar una mejor redistribución social y a la vez facilitar la operación de políticas para enfrentar la pobreza.

En tercer lugar, la descentralización política debería contribuir sustancialmente al logro de dos objetivos adicionales que también son esenciales para la gobernabilidad democrática: la *participación* ciudadana en la gestión pública y la *reducción de la corrupción*. Según se verá más adelante, esta última es además una condición indispensable para asegurar la eficiencia.

Fuente : Ivan Finot, "Descentralización en América Latina : Teoría y Práctica". (2001)

d. En razón a lo antes expuesto resulta de particular importancia definir el "alcance participativo" del Modelo de Cogestión según el tipo de Descentralización (Finot, 2001) que representa, para cuyo efecto, ofrecemos las siguientes definiciones :

- *Descentralización Política*: transferencia de competencias de decisión para la provisión de bienes públicos desde gobiernos centrales a procesos políticos subnacionales. La transferencia de competencias podría dirigirse tanto a organizaciones del Estado como a organizaciones sociales que también realizan funciones de provisión.



- *Descentralización Operativa:* transferencia de competencias de operación de decisiones sobre provisión a administraciones territoriales, o a administraciones funcionales del mismo nivel. La delegación sería una forma de descentralización operativa territorial.
  - *Descentralización Económica:* transferencia de procesos productivos referidos a la provisión de bienes públicos, a la competencia económica.
- e. En virtud a la revisión normativa efectuada en el Capítulo anterior y atendiendo a las precitadas definiciones es claro que en la actualidad el *Modelo de Cogestión* representa -marcadamente- un supuesto de descentralización operativa y, levemente, descentralización política. Es decir, la Administración Compartida es un caso de descentralización mixta.

Sin embargo, resulta importante recordar, siguiendo a Palma y Rufián (1989), que la descentralización administrativa consiste en la transferencia por norma legal de competencias decisorias desde una administración central a otras administraciones con autonomía de gestión, independientemente de que sus titulares sean electos o no, ya que en este caso ellos deben responder de su gestión primordialmente al Gobierno Central donde se toma las decisiones fundamentales sobre los bienes públicos así provistos. Estas tareas administrativas podrían recibir la denominación genérica de "operativas" o administrativas respecto a las decisiones adoptadas políticamente.

En el actual Modelo de Cogestión las decisiones fundamentales sobre provisión son adoptadas por el Nivel Central y son operadas descentralizadamente, tanto funcional como territorialmente (comparten roles la DIRESA y el CLAS). Es en este último caso en que juega su rol principal el CLAS dado que constituye un "delegado" territorial -no público "- que asume ciertas competencias operativas.

Se requiere, sin embargo, de una clara diferenciación entre las actividades que las administraciones territoriales (CLAS) realizan en cumplimiento de decisiones sobre provisión adoptadas localmente y aquellas otras que hacen cumplir como agentes de un gobierno central. Los principales son diferentes: en el primer caso lo es la comunidad local y en el segundo el gobierno central que delega. El financiamiento y de la rendición de cuentas deberían corresponder con precisión a esa diferenciación.

Sobre el particular, Finot (2001) señala que las normas legales que se refieren a la descentralización administrativa, no suelen hacer esa diferenciación : sólo habilitan a las administraciones para operar decisiones de provisión sin distinguir cuáles decisiones sobre provisión han sido adoptadas en el territorio y cuáles en el nivel central. Este es el caso del Modelo de Cogestión vigente.

---

<sup>36</sup> Preferimos evitar el término *Privado* dado que dicha denominación podría equivocar el sentido que respecto a la Participación expresamos en el presente Informe : Aquella en la que participa la comunidad a través de los representantes de sus organizaciones sociales de base, comunidades campesinas y nativas así como otros actores territoriales (Municipalidades/CTAR).

- f. Dado lo anteriormente expuesto, planteamos una pregunta fundamental : ¿La asignación para la provisión pública de servicios de salud es políticamente descentralizable, es decir, si estos servicios son bienes locales?. La respuesta a esta pregunta determina la "máxima profundidad" en que puede operar la Participación Social respecto a la Descentralización en la provisión de los servicios de salud, para cuyo efecto, examinaremos, lo que nos dice Finot sobre el particular :

**Cuadro N°18 : ¿La Asignación para la Provisión de Pública de Servicios de Salud es descentralizable?**

Para responder a esta pregunta habría que preguntarse primero si la demanda por estos servicios está geográficamente diferenciada y la respuesta sería que en términos de contenido sí, pero no en términos de estructura y nivel, ya que éstos son bienes a los que todos los residentes de un país deberían tener igual derecho, independientemente de su lugar de residencia.

Es más: strictu sensu los servicios de salud y educación como tales no serían bienes públicos, ya que ellos también son producidos por organizaciones privadas. Lo que son bienes públicos son las normas y medios de cumplimiento referidos a su contenido y, sobre todo, los sistemas que hacen que los ciudadanos puedan acceder a un nivel de servicios al que todos deben tener igual derecho. Pero si bien resulta conveniente perfeccionar normas y aún medios de cumplimiento adecuándose a características geográficamente diferenciadas, asegurar un acceso igualitario a una misma canasta social en términos de nivel y estructura es sin duda una responsabilidad primordialmente nacional.

En esta canasta estarían incluidos no sólo servicios de educación y salud sino también medios que aseguren a todos un nivel mínimo de nutrición, de vivienda, etc. La decisión de lo fundamental sobre qué, cuánto y con qué recursos proveer, correspondería a la nación. Sólo sería políticamente descentralizable el perfeccionamiento de la normativa y los medios de control sobre el contenido de los servicios. Pero así como las decisiones fundamentales sobre provisión de la canasta mínima corresponden al nivel nacional, la manera más eficiente de operar dichas decisiones sería a través de los gobiernos subnacionales, es decir, a través de una descentralización operativa.

Dicha canasta, entonces, sería un bien público nacional, definido y financiado en lo fundamental nacionalmente y operado subnacionalmente, pero los servicios que la integran, serían sus insumos, que podrían ser objeto de descentralización económica.

En cambio los bienes públicos que si tienen una demanda donde la diferenciación geográfica es dominante son la infraestructura básica y los servicios básicos. Estos sí son bienes locales y sobre la base de su provisión autónoma puede concertarse el desarrollo local.

La provisión que sería adecuado descentralizar políticamente sería entonces la provisión de infraestructura y servicios básicos, mientras que a servicios como salud y educación sólo habría que aplicar, en lo primordial, una descentralización operativa y hasta económica, pero no política.

Ello implica considerar dos sistemas diferentes de compensación.

- g. Finalmente, la clara definición del tipo de descentralización que representa el Modelo de Cogestión respecto al accionar del Estado –no efectuada hasta el momento- permitirá aclarar todas las dudas respecto a la naturaleza y ámbito de acción del CLAS y resolverá, per se, un conjunto de imprecisiones y contradicciones que se evidencian en la actual aplicación del marco normativo vigente.

---

#### 4.3.1.4 El Factor Humano.

- a. De acuerdo a lo prescrito en el Artículo 15° del Decreto Supremo N° 01-94-SA, el personal contratado por el CLAS se sujeta al régimen laboral privado y de pensiones que rige para los trabajadores sujetos a la actividad privada.
- b. La disposición antes expuesta ha causado los siguientes efectos :
- Existencia de personal -cada vez mayor- cuyos contratos se han desnaturalizado, adquiriendo la condición de "estables".
  - Diferencias entre el nivel de ingresos, beneficios condiciones de trabajo entre el personal perteneciente a un mismo EE.SS. Las diferencias existentes entre el personal CLAS regulado por el régimen laboral privado y el personal nombrado, son las siguientes :
    - ➔ El personal CLAS no tiene derecho a licencia por estudios o especialización.
    - ➔ El personal CLAS no tiene derecho a progresar en la carrera asistencial y/o administrativa según sea el caso.
    - ➔ El personal CLAS labora más tiempo que el nombrado.
    - ➔ El personal CLAS, al parecer, percibe un monto menor por concepto de remuneración respecto al personal nombrado.
    - ➔ El personal CLAS tiene una sensación de precariedad laboral -a pesar que muchos se encuentran contratados a plazo indeterminado- dado que "... si el CLAS desaparece .... me quedo sin trabajo."
    - ➔ El personal CLAS, debido a una interpretación del MINSA, no tiene derecho a concursar para ocupar plazas orgánicas dado que se afirma que no son personal del Sector sino trabajadores privados.
  - Dentro del actual Modelo de Cogestión se ha descuidado la política laboral del personal contratado por el CLAS, lo que está acarreando serios costos de transacción. Es necesario introducir un marco regulatorio laboral que, por lo menos, mantenga el Principio Laboral de Igualdad de Trato en el trabajador CLAS y el sujeto al Régimen Público, dado que ambos laboran en un EE.SS estatal. Debemos recordar que el CLAS no privatiza al EE.SS.

#### 4.3.1.5 Gestión Presupuestaria, Financiera y Tributaria.

##### Gestión Presupuestaria y Financiera

- Tanto en el presente punto como en el siguiente, se puede advertir la necesidad de reexaminar la pertinencia de utilizar la Personería Jurídica de la Asociación Civil para el CLAS, para cuyo efecto, es condición necesaria decidir sobre el tipo de descentralización que implica respecto al Estado.
- En términos estrictamente civiles, el Consejo Directivo del CLAS no debe rendir cuentas a ninguna Entidad ajena a la Asociación sino sólo a la Asamblea General de la misma. Sin embargo, conforme a las Directivas pertinentes el CLAS efectúa una serie de operaciones "cruzadas" que involucran operaciones presupuestarias y financieras públicas y privadas, revelando una incertidumbre normativa respecto al régimen legal aplicable a las mismas, lo que también está acarreado costes de transacción.

A modo de ejemplo, lo siguiente :

##### **Cuadro N° 19 : Necesidad de adoptar un solo régimen presupuestario y financiero**

En el Artículo 30° de la Resolución Ministerial N° 176-2000-SA/DM, se establece que las transferencias de fondos otorgados por el Estado al CLAS constituyen Recursos Públicos bajo su administración. Sin embargo, en el Literal e) del Artículo 29° de la misma resolución ministerial se prescribe que el PAAG depositará los fondos en la cuenta corriente de la Asociación CLAS abierto en una institución bancaria privada de primer nivel.

La pregunta es ¿si los Recursos son Públicos, no sería mejor que por razones del costo de operaciones y seguridad se depositen en el Banco de la Nación?.

Según lo informado a este Consultor el mismo Banco de la Nación se ha negado a abrir cuenta alguna a los CLAS dado que considera que éstos son Entidades Privadas (Asociaciones) y, por tanto, deben abrir sus cuentas corrientes en la Banca Privada.

Si bien es cierto que la personería jurídica privada del CLAS flexibiliza su gestión administrativa, no es menos cierto que los costos de transacción generados de dicha elección obligan a reflexionar en torno a si es posible una solución normativa que tenga las siguientes características :

- (a) Lograr la máxima protección que brinda la legislación pública para sus operaciones.
- (b) Lograr el máximo nivel de autonomía administrativa y operativa para sus operaciones.

Ello requiere, de una propuesta normativa que –teniendo claro el tipo de descentralización que representa el Modelo de Cogestión- provea el marco regulatorio que permitir dotar de dichas características al CLAS.

## Gestión Tributaria

- En cuenta a la Gestión Tributaria ocurren los mismos costes de transacción anteriormente citados.
- La SUNAT califica como sujeto tributario obligado del Impuesto General a las Ventas por las prestaciones de salud que realizan los CLAS, a pesar que éste sólo es el administrador del EE. SS el mismo que no ha perdido la condición de ser un Establecimiento Público.
- Ello motiva que operativamente se haya "ideado" un procedimiento a través del cual el CLAS factura con el RUC de la DIRESA los servicios de salud que presta, operación que permite considerarlo como un servicio público personalizado respecto del cual el usuario paga una Tasa, sustrayéndolo (al CLAS, que como persona jurídica privada estaría gravado por el IGV) de un supuesto de operación gravada (Ver Cuadro 15).

### Cuadro N° 20 : Tratamiento Tributario

El Presidente de la Asociación CLAS deberá acudir a las oficinas de SUNAT donde realiza sus trámites de RUC o de comprobantes de pago de la localidad a la cual pertenece la asociación, portando copia de testimonio de constitución y su documento de identidad ( libreta electoral o DNI ) y solicitará su Número de Identificación Tributaria - N.I.T.;

En dicha oportunidad la SUNAT le entregará su nuevo RUC de once dígitos, denominado NUMERO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA - NIT;

Este NUMERO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA será usado por la asociación para sus compras a título propio, NO LO USARA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS O VENTA DE FARMACIA;

El trámite se realiza sin hacer uso de formato, solicitud escrita u otro documento; es automático a la solicitud del interesado; no se paga ningún derecho o Tasa;

Fuente : Instructivo N° 009-ETAC-2000 "Actividades para Implementación del Número de Identificación Tributaria (NIT) de las Asociaciones CLAS.

#### 4.3.1.6 Régimen Patrimonial.

- El régimen patrimonial reproduce la problemática presupuestaria, financiera y contable : la Personería Jurídica seleccionada obliga a emitir normas que desnaturalizan los criterios legales contemplados por el Código Civil para las Asociaciones Civiles.
- Así, se ha creado una figura de donación forzosa del CLAS a favor de la DIRESA respecto de todos los bienes adquiridos así como las mejoras efectuadas a favor del Activo Fijo del EE.SS.

---

## 4.3.2 Retos Normativos

### Democracia Participativa y Control Ciudadano

- El Modelo de Cogestión se inscribe dentro de los conceptos de Democracia Participativa y Control Ciudadano propuestos por la Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Teniendo en cuenta dicha norma legal se presentan los siguientes retos normativos para el Modelo de Cogestión :
  - (a) Que signifique un efectivo mecanismo de Participación Ciudadana.
  - (b) Que involucre a los actores territoriales tanto en la asignación como en la producción para la Provisión de los Servicios de Salud en el ámbito subnacional.
  - (c) Que la gestión compartida sea transparente y conocida por todos en el nivel territorial en que incide.
  - (d) Que la población participe efectivamente en los procesos de formulación del PSL así como en su fiscalización, ejecución y control.

### Descentralización

- El proceso de descentralización constituye una política de Estado consagrada expresamente en nuestro ordenamiento legal vigente. Incluso, la propia Constitución Política del Perú ha sido modificada recientemente en el Capítulo referido a dicha materia.
- La propia Ley del Ministerio de Salud, recoge la importancia de articular esfuerzos y recursos con otros niveles de gobierno (regional y local) así como involucrar a los actores territoriales para lograr los objetivos sectoriales.
- Para la cogestión, el proceso de descentralización requiere de una precisa definición técnica a fin que dentro de un creativo y sólido marco jurídico los administradores territoriales de los servicios de salud se beneficien de la protección legislativa con que cuentan las Entidades Públicas así como operen con la autonomía necesaria para contar con un marco operacional que brinde soluciones inmediatas para el desarrollo de las actividades contenidas en el PSL.

---

#### 4.4 CONCLUSIONES FINALES

1. El Modelo de Cogestión conocido simplemente como CLAS, constituye en el Perú una precursora modalidad de Participación Social que ha trascendido la definición restrictiva que en materia de Participación Ciudadana ha mantenido la Constitución Política vigente al tiempo de su implementación y aún hasta hoy.
2. En la actualidad, el marco legal refleja una clara voluntad política para descentralizar el Estado, crear efectivos canales de participación ciudadana así como promover la Democracia Participativa a través de mecanismos directos e indirectos.
3. Si bien el Modelo de Cogestión se ha extendido a nivel nacional es necesario que cuente con un marco legal adecuado a la luz de las nuevas disposiciones legales que inciden en su diseño y desarrollo, el mismo que también debe constituir el referente legal sectorial para la aplicación de la Democracia Participativa y el Control Ciudadano en la Provisión de Bienes de Salud en el ámbito nacional y subnacional (Regional y Local), en todos los niveles de atención de salud.
4. Es condición necesaria para que el Modelo se perfeccione o a su turno, dé un salto cualitativo, definir desde la óptica estatal, qué tipo de descentralización representa, lo que permitirá proponer un marco normativo consistente que supere las imprecisiones e indefiniciones actuales y precise el marco legal aplicable al accionar del CLAS.
5. El CLAS constituye un administrador y operador de los Establecimiento de Salud Públicos en el primer nivel de atención, siendo que su presencia no debe entenderse como la privatización de los mismos ni de los servicios que en éstos se prestan.
6. La Personería Jurídica utilizada actualmente en el Modelo de Cogestión CLAS genera numerosos costos de transacción respecto a su accionar, lo cual debe obligar a considerar una figura jurídica alternativa que manteniendo el nivel de autonomía operativa y administrativa existente, represente efectivamente a los actores territoriales así como mantener el carácter público del(los) Establecimiento(s) de Salud a su cargo, pero dentro de una lógica que articule el enfoque sectorial con el desarrollo territorial.
7. El Modelo de Cogestión requiere de una clara política de promoción de su potencial humano que permita, por lo menos, igualdad de trato entre el personal de diferentes regímenes laborales que laboran en un mismo Establecimiento de salud.
8. Es necesario redimensionar el enfoque sectorial del Modelo de Cogestión con la concepción de desarrollo territorial de modo que se articulen esfuerzos entre diferentes Niveles de Gobierno y Actores Territoriales de Base, dentro de la lógica del crecimiento integral de los espacios subnacionales, conforme al nuevo marco legal del Sector Salud y del Estado Peruano.
9. Dentro de la lógica de los procesos de desarrollo territoriales subnacionales (tanto regionales como locales) es necesario que los Niveles de Gobierno Regional y Local se involucren en los procesos de asignación y producción para la Provisión de Bienes de Salud.

## 4.5 BIBLIOGRAFÍA

### Normas legales y reglamentarias nacionales :

Constitución Política del Perú.

Ley N° 26482 – Ley General de Salud.

Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.

Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.

Ley N° 27680 – Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.

Ley N° 27209 – Ley de Gestión Presupuestaria del Estado.

Ley N° 26922 – Ley de Descentralización.

Decreto Supremo N° 01-94-SA.

Decreto Supremo N° 002-2000-SA.

Resolución Ministerial N° 534-97-SA/DM.

Resolución Ministerial N° 143-98-SA/DM.

Resolución Ministerial N° 176-2000-SA/DM.

Resolución Ministerial N° 282-2000-SA/DM

### Fuentes Bibliográficas :

Naciones Unidas, "Descentralización : Marco Conceptual". CEPAL. Serie Política Fiscal, 1993.

Albuquerque, Francisco (1997). Desarrollo económico local y distribución del progreso técnico. CEPAL, LC/IP/G.98-P.

Banco Mundial (2000). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1999/2000. Banco Mundial (Washington D.C.).

Bennett, Robert J. (Ed.) (1990). Decentralization, local governments, and markets Towards a post-welfare agenda. Clarendon Press (Oxford).

Boeninger, Edgardo (1994). "Reforma y modernización del estado en América Latina" in ILPES (Ed.). Reforma y modernización del Estado. CEPAL, 1995.

Boisier, Sergio (1990). La descentralización: un tema difuso y confuso. ILPES, Serie Ensayos, Documento 90/05.



- Boisier, Sergio (1992). La descentralización, el eslabón perdido de la cadena transformación productiva con equidad. CEPAL , LC/IP/IP-G.62-P, marzo de 1992.
- Boisier, Sergio (1999), Teorías y Metáforas sobre Desarrollo Territorial, CEPAL, Santiago de Chile.
- Borja, Jordi (1986). "Dimensiones teóricas, problemas y perspectivas de la descentralización del estado".
- Borja J. et al. Descentralización del Estado, movimiento social y gestión local. ICI, FLACSO, CLACSO (Santiago), 1987. ev. 1-P.
- CEPAL (1998b), N.U. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana. CEPAL LC/L.1132.
- Coase, R. (1960), "The problem of social costs". Journal of Law and Economics, 3: 1-44.
- Cominetti, Rossella (1997). Descentralización de la atención primaria de salud en América Latina: un análisis comparativo. CEPAL , LC/L.1093.
- Cornes, Richard; Sandler, Todd M. (1986). The theory of externalities, public goods, and club goods Cambridge University Press.
- Cunill, Nuria (1991). Participación ciudadana. CLAD (Caracas).
- Durston, John, "¿Qué es el Capital Social Comunitario?", División de Desarrollo Social. División de Desarrollo Social. CEPAL.
- Durston, John (1999). "Construyendo capital social comunitario, una experiencia de empoderamiento rural en Guatemala". CEPAL , LC/L.1117.
- Durston, John y Miranda, Francisca (compiladores), "Capital Social y Políticas Públicas en Chile. Investigaciones Recientes", Volumen II, División de Desarrollo Social. ILPES.
- Duverger, Maurice (1970). "Institutions politiques et droit constitutionnel". Trad. Instituciones políticas y derecho constitucional. Quinta edición. Ariel (Barcelona), 1970.
- Finot, Iván (1990). "Democratizar el Estado, una propuesta de descentralización para Bolivia" in Toranzo C. (Ed.). Descentralización y democratización del Estado. ILDIS (La Paz, Bolivia).
- Finot, Iván (1995). "Institucionalización política y económica de la participación popular" Exeni J.L. (Ed.) Democracia y participación popular. ILDIS (La Paz, Bolivia), 1996.

- Finot, Iván (1996). "Descentralización, equidad y participación en América Latina, una aproximación económica". CEPAL (Santiago de Chile), LC/IP/R.165. Publicado con el título "Descentralización en América Latina: ¿Cómo conciliar eficiencia con equidad?" in *Reforma y Democracia* N° 10, febrero de 1998.
- Finot, Iván (1998). *Descentralización del Estado y participación ciudadana en América Latina: un enfoque crítico*. CEPAL (Santiago de Chile), LC/IP/R.206. Publicado en *Umbrales* 5: 65-85, junio de 1999.
- Finot, Iván (1999). "Elementos para una reorientación de las políticas de descentralización y participación en América Latina".
- Martín, Juan (1988). "Interacción de los sectores público y privado y la eficiencia global de la economía". *Revista de la CEPAL* N° 36, 99-113.
- Moncayo Jiménez, Edgard, "Evolución de los Paradigmas y modelos Interpretativos del Desarrollo Territorial, ILPES, Naciones Unidas, 2001.
- Musgrave, Richard (1983). "Who should tax, where and what" in McLure (Ed.) *Tax assignment in federal countries*. Australian Nat. Univ. Press (Canberra), pp. 2-19.
- Musgrave, Richard; Musgrave, Peggy (1989). "Public finance in theory and practice" Trad. *Hacienda pública teórica y aplicada*. McGraw-Hill (Madrid), 1992.
- Palma, Eduardo (1983). *La descentralización desde una perspectiva política*. ILPES (Santiago), Documento CPRD D/90.
- Palma, Eduardo (1985). *La descentralización de la política social: participación e intersectorialidad* ILPES (Santiago), Documento CPS-48.
- Palma, Eduardo; Rufián, Dolores (1989). *Las nociones de centralización y descentralización*. ILPES (Santiago de Chile), Documento CPS-48.
- Peterson, George E. (1994). *La experiencia descentralizadora en América Latina: panorama temático y lecciones aprendidas*. IULA/CELCADEL, Seminario sobre Descentralización en América Latina, Córdoba (Argentina), julio.
- Pérez Torres, José; González Hernández, Ignacio (1998). *La descentralización fiscal en México*. CEPAL, Serie Política Fiscal 106, septiembre de 1998. LC/L.1138.
- Pires, Valdemir (2000), "Participación de la sociedad en los procesos presupuestarios: la experiencia brasileña reciente" (mimeo), ponencia presentada en el XXVII Seminario Internacional de Presupuesto Público (Madrid, 22-26 de octubre)

- Porto, Alberto; Sanguinetti, Pablo (1993). *Descentralización fiscal en América Latina: el caso argentino*. CEPAL, Serie Política Fiscal 45, noviembre de 1993.
- Putnam, Robert D. (1993). *Making democracy work*. Princeton Univ. Press.
- Rondinelli, Dennis A. (1989). "Analyzing decentralization policies in developing countries: political-economy framework". *Development and Change* Vol. 20. N° 1, January.
- Rondinelli, Dennis A.; McCulloch, James S.; Johnson Donald W. (1989). "Decentralizing public services in developing countries: issues and opportunities". *The Journal of Social, Political and Economic Studies* Vol. 14. N° 1, Spring.
- Sojo, Ana (2000). *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. CEPAL, LC/L. 1403-P.
- Tanzi, Vito; Davoodi, Hamid (1997). *Corruption, Public Investment, and Growth*. IMF Working Paper (Washington D.C.).
- Tocqueville, Alexis de (1835). *De la démocratie en Amérique*. Gallimard (Paris), 1960. UNESCO (1999), N.U. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Von Haldenwang, Christian (1990). "Hacia un concepto politológico de la descentralización del Estado en América Latina". *EURE* Vol. XVI, N° 50 (Santiago de Chile).
- Von Haldenwang, Christian (1997). "Successes and failures of decentralizing adjustment strategies in Latin America: the cases of Argentina and Colombia". *Law and State*, Vol. 56 (Tübingen), pp. 55-81.