

IV. Cidadania e saúde

sociedad civil: participación social en el caso de los comités locales de administración de salud (CLAS)

Sandra Vallenias

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

CIDADANIA E SAÚDE

19. SOCIEDAD CIVIL:

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL CASO DE LOS COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD (CLAS)

Sandra Vallenás

El proceso de transición democrática iniciado con la caída del régimen de Alberto Fujimori, junto con la dinámica de la regionalización del país y la descentralización de los servicios –entre ellos, los de salud–, constituyen el escenario del surgimiento de nuevas experiencias asociativas y de la reformulación de otras. En el interés de acercarnos a ellas, de explorar el potencial de la participación popular en la gestión pública y las transformaciones cualitativas en la relación Estado-sociedad civil, proponemos la ponencia que sigue.

ANTECEDENTES

Iniciamos esta sección con un cuadro comparativo que destaca tanto las desigualdades internas en materia de salud en el Perú, como la ubicación de este país con respecto a otros países de la región.

El Perú no sólo es uno de los países más pobres de la región, sino que además cuenta con un sistema muy limitado de representación política. A la falta de integración y equidad en el acceso a servicios sociales básicos –entre los primeros, los sanitarios– se añaden el racismo, el centralismo, la discriminación de género y otras razones que “perpetúan una situación donde es difícil para los privilegiados reconocer al ‘otro’ como igual” (Sagasti et al., 1999:100). Incorporada a la cultura, esta exclusión ha incidido, sensiblemente, en límites a la toma de poder por parte de amplios sectores de la población.

En la región, la década del 90 estuvo marcada por la transición a un nuevo modelo de desarrollo basado en las prescripciones de política del llamado Consenso de Washington, que orientaron a un desplazamiento del rol de los estados por la prevalencia de los mercados, planteando límites a la intervención estatal. Las llamadas ‘reformas del Estado de primera generación’ se concentraron en asuntos de disciplina fiscal, liberalización del comercio y regímenes de inversión, desregulación de mercados domésticos y privatización de empresas públicas; en el campo de la salud pública esto se tradujo en la centralización del financiamiento, la racionalización de

Cuadro 1 - Equidad en indicadores de salud en nueve países latinoamericanos, por quintiles de ingresos, alrededor de 1999

País	Tasa de Desnutrición crónica en niños		Tasa de Mortalidad Infantil		Porcentaje de mujeres embarazadas con atención prenatal		Porcentaje de mujeres embarazadas con parto profesional		Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos anticonceptivos	
	Q1-	Q5+	Q1-	Q5+	Q1-	Q5+	Q1-	Q5+	Q1-	Q5+
Bolivia	39,2	6,0	106,5	25,5	38,8	95,3	19,8	97,9	7,1	45,6
Brasil	23,2	2,3	83,2	28,6	67,5	98,1	71,6	87,7	55,8	76,8
Colombia	23,7	5,9	40,8	16,2	67,5	98,1	60,6	84,5	42,2	65,7
Guatemala	64,6	12,1	56,9	35,0	34,6	90,0	9,3	34,8	5,4	57,1
Haití	45,5	12,8	93,7	74,3	44,3	91,0	24,0	46,3	4,9	20,9
Nicaragua	38,1	8,3	50,7	25,8	67,0	96,0	32,9	64,6	40,2	64,2
Paraguay	22,5	3,0	42,9	15,7	69,5	98,5	41,2	66,0	20,6	46,1
Perú	45,6	5,2	78,3	19,5	37,3	96,0	13,7	56,4	24,0	50,3
Rep. Dom.	21,5	2,5	66,7	23,4	96,1	99,9	88,6	95,3	51,2	63,7

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2002 apud Arroyo, 2003.

costos y lo instrumental. Saliendo de la crisis de la deuda, las prioridades eran alcanzar la estabilidad macroeconómica y dismantelar el modelo proteccionista de desarrollo.

Si bien hubo algunos logros hacia una mayor estabilidad macroeconómica, no se han producido los resultados esperados en términos de una reducción significativa de la pobreza, particularmente de la desigualdad social interna del país y de mejoras en la situación de la salud. En el año 2000 (Inei, 2002), el 48% de la población total se encontraba por debajo de la línea de pobreza, mientras que otro 15% estaba en condición de pobreza extrema. Como expresión de las dramáticas inequidades del país, si en el área urbana el 37% de la población era pobre y el 4% calificaba como pobres extremos, en el área rural estas cifras eran del 70% y 36%, respectivamente. En la misma línea, la mortalidad infantil en el área rural era de 46 por mil nacidos vivos, en tanto que en el área urbana la cifra era de 24 por mil. En ese mismo período, la población con algún tipo de seguro de salud era de 6% en el quintil de ingresos más bajos, en tanto que en el quintil de ingresos más altos, el porcentaje era del 56% (Universidad del Pacífico, 2003).

El surgimiento del terrorismo que se desató en Perú a partir de 1980 –que actualmente está controlado– no fue ajeno a las condiciones de pobreza y desigualdad, aun cuando persisten las condiciones que le dieron lugar. El narcotráfico ha protagonizado un proceso paralelo, localmente asociado –en algunas zonas– al terrorismo y vinculado con el circuito internacional. Ambos procesos han tenido profundo impacto en el país, particularmente en lo que a participación ciudadana organizada se refiere, produciéndose una nueva configuración social que tuvo consecuencias en las relaciones entre sociedad, economía y política.

Tanto el autoritarismo del régimen de Alberto Fujimori (1990-2000) como las políticas de ajuste que derivaron en los procesos de fragmentación e informalización –entre otros factores, debido a la llamada ‘flexibilización laboral’–, dieron lugar a un proceso de repliegue de lo social a lo privado. Durante el gobierno de Fujimori, la participación política popular se restringió prácticamente a la mera participación electoral y a la negociación clientelar con las exiguas políticas distributivas del Estado. En el terreno específico de la salud, lo más cercano a la participación popular (distinta de la participación comunitaria, generalmente instrumental para el funcionamiento de los servicios de salud) fueron las organizaciones de sobrevivencia de mujeres, ya sea expresadas en los clubes de madres, comedores populares (existentes desde principios de la década del 80) o en el ‘Vaso de Leche’ (creado por el gobierno municipal en 1986).

El pobre desempeño del sector hacia finales de los ochenta creó el ambiente propicio para que entre 1988 y 1992, las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONG) animaran el voluntariado en salud. Sin embargo, a partir de 1994 se retorna a una visión estadista de los servicios sociales, tendiéndose a la prescindencia de otros actores (Arroyo, 2001).

Sin duda, el principal actor del sector público en el terreno de las políticas de salud ha sido el Poder Ejecutivo. En el país, el proceso de construcción de políticas es generalmente cerrado y poco participativo. El diseño de políticas suele ser conducido por un equipo de cinco o seis técnicos (Ewig, 1998); cuando se precisa de asesores, éstos son reclutados del entorno inmediato de los técnicos. En general, no han existido canales institucionales de participación y consulta a la sociedad civil –particularmente a aquéllos y aquéllas directamente afectados por las políticas específicas (*stakeholders*). Si a esto le añadimos el histórico centralismo persistente en los 90, se podrán intuir las dificultades y el reto mayor que constituyó cualquier intento por influir en la toma de decisiones de política, particularmente desde los espacios locales alejados de la capital y desde aquellos sectores poblacionales tradicionalmente excluidos del poder político (Vallenas, 1999).

Hacia mediados de la década del 90, sin embargo, comienzan dos procesos de ‘participación popular’. Por un lado –y coincidiendo con la insistencia de los organismos multilaterales en la puesta en marcha de las reformas ‘de segunda generación’ ante los magros resultados del ajuste (‘primera generación’) en la reducción de la pobreza–¹ se crean los Comités Locales de Administración de Salud (Clas), mecanismos de participación comunitaria impulsados desde el Ministerio de Salud (Minsa). Por otro lado, cobran forma diversas propuestas experimentales de vigilancia ciudadana de los establecimientos locales de salud, a iniciativa de organizaciones no gubernamentales (ONG) de mujeres.

¹ La importancia de la participación popular era ya práctica reconocida y recomendada, ya sea por su implicancia en el desarrollo de la sociedad civil y de relaciones democráticas entre sociedad y política, ya sea por su conveniencia para ejecutar eficazmente –y con menor costo– los programas de compensación social en el marco del ajuste y de la transición hacia el pleno establecimiento de los mecanismos de mercado.

Al terminar la década, algunos grupos de diversa composición –estudiantes, trabajadores, mujeres, frentes de defensa territoriales– se aglutinan y cobran fuerza inusitada. Se unen en defensa de la democracia ante la pretensión de Fujimori de prolongar el régimen mediante la burda manipulación de la Constitución, y la ausencia total de independencia de poderes. En ese dilatado proceso electoral, que va desde diciembre de 1999 hasta junio de 2001, y estimulados por la transición democrática, se van conformando grupos de interés temático que buscan influir en la toma de decisiones de política del Estado en sus respectivos campos. Uno de ellos es el Foro de la Sociedad Civil en Salud, que comienza a tomar forma durante el gobierno de transición del presidente Valentín Paniagua.

Hacia finales de los 90, Ames resumía así los cambios recientes en la relación entre política y sociedad en el Perú (Ames, 1999).

- Las transformaciones globales hacen que la política se haya convertido, en el mundo, en un terreno en el que los grandes poderes de facto –tanto del mercado como de instancias burocráticas por fuera de controles democráticos– han ganado una influencia excesiva.
- Si bien es el conjunto de la organización el que ha cambiado, un elemento central a registrar, por sus consecuencias para la relación entre sociedad y política, es el cambio en el carácter de los grupos de presión. Mientras los movimientos sociales organizados –sindicatos y movimiento barrial– se debilitaron notablemente, emergieron iniciativas ciudadanas que se caracterizan por su pluralidad y diversidad, así como por su desarticulación y debilidad organizativa.
- Los principales nexos institucionales que comunicaron sociedad y política durante el siglo XX fueron los partidos políticos. Como en otros países, su debilitamiento en el Perú es extremo y puede que no vuelvan a retomar funciones sociales anteriores, tales como ser espacios de encuentro y organización de sociedades verticales y desarticuladas, visiones y proyectos colectivos fuertes. Probablemente sólo subsista su dimensión de aparatos para competencias electorales.
- Se ha transformado la forma misma en que las personas otorgan hoy prioridad a la importancia de las distintas dimensiones de su vida. Hay una mayor valoración de lo vivido más personalmente, incluido el mundo subjetivo.

Actualmente, ya en el gobierno del presidente Alejandro Toledo –y con cobertura avances variables– están poniéndose en marcha ‘reformas del Estado de segunda generación’, entendidas desde los organismos multilaterales como aquellas medidas para reformar las instituciones públicas, eliminar la corrupción, promover el respeto de los derechos humanos, la participación ciudadana, los valores democráticos y la gobernabilidad. Entre éstas se contempla la reestructuración de las relaciones entre el gobierno central y los gobiernos regionales y locales, la reforma de la función pública (aún incipiente), y la reestructuración de los ministerios del área social (fundamentalmente salud y educación). Éstas se destacan por ser el contexto en el que se enmarca el análisis de casos seleccionados de organizaciones que estarían comprendidas en el escenario amplio de la sociedad civil.

En el 2001 se instaló el Foro del Acuerdo Nacional como espacio de diálogo entre representantes del gobierno, de los partidos políticos y de la sociedad civil para consensuar alrededor de las líneas matrices de las políticas de Estado que deberán regir durante los próximos años. En el 2002 se inició un proceso de debate acerca de la ‘nueva’ Constitución del Perú. Entre los años 2002 y 2003 se han expedido la Ley de Bases de la Descentralización (Ley 27.783), la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales (Ley 27.867) y la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (Ley 27.813), que incorporan a representantes de la sociedad civil tanto al Consejo Nacional de Salud como a los Consejos Regionales y Provinciales. A pesar de las limitaciones de las leyes, se abren nuevos espacios de participación ciudadana en la toma de decisiones políticas a distintos niveles.

Este es el marco general en el que se inscribe esta ponencia. Actualmente, están vigentes en el país diversas experiencias y modalidades distintas de organizaciones de la sociedad civil, en términos de su potencial para construir ciudadanía, para influir en el diseño de las políticas y programas del sector Salud y para aportar a la gobernabilidad democrática. Entre ellas, las de ONG que trabajan estrechamente con poblaciones muy empobrecidas ofreciendo elementos para brindarles poder como desarrollo de la capacidad de ser y expresarse como sujetos de derecho y ciudadanos. Asimismo, y particularmente desde la caída de la dictadura, han surgido importantes asociaciones identificadas ellas mismas como organizaciones de la sociedad civil. Tal es el caso del Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud), actualmente con presencia nacional en la mayoría de las regiones del país. De las ONG y de ForoSalud nos ocuparemos en otra ocasión.

ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE SOCIEDAD CIVIL

En lo que sigue, y en primer lugar, trataremos del concepto de sociedad civil como referencia para la siguiente sección, en la que haremos un análisis preliminar del principal mecanismo de participación social promovido desde el sector Salud: los Comités Locales de Administración de Salud (Clas). Terminaremos la ponencia con algunas conclusiones sobre el potencial y límites de la sociedad civil –particularmente en el incipiente proceso actual de regionalización del país y de descentralización del sector Salud, para la promoción de la democracia y el desarrollo.

El tema de la sociedad civil (SC) ha venido colocándose en el espacio del interés y del debate en colectividades diversas: los sectores comprometidos con los procesos de transición democrática y con los derechos humanos, los involucrados en el desarrollo integral o sectorial, la banca multilateral y la cooperación externa, los analistas políticos y los periodistas. Hay ambigüedad, sin embargo, tanto en el significado atribuido al concepto como en las expectativas que despierta. Ello responde, entre otras razones, tanto a los orígenes históricos del concepto y los procesos contemporáneos diversos y –a veces contradictorios– como a las imágenes de sociedad que se tenga, y del papel y relaciones entre el Estado, el mercado y la sociedad

civil. Así, se va desde la apología y el voluntarismo hasta el descrédito y la subestimación de la sociedad civil, asignándole a ella las responsabilidades del Estado y de la economía en la superación de la pobreza.

En el caso de las ciencias sociales latinoamericanas, el interés teórico en la SC no se explicitó sino a la zaga del despertado entre los políticos y los activistas de la región. Se justifica actualmente y desde una perspectiva crítica, por la preocupación universal de construcción de la democracia política y social.

El desarrollo y consolidación de la democracia en sociedades de mercado reactualiza el tema de la ciudadanía y de la sociedad civil. El actual clima intelectual e ideológico que generan los profundos cambios que se operan en la sociedad y particularmente en la economía explica, a su vez, el interés por definir bien el papel del mercado. Los temas mencionados hacen referencia directa a las grandes áreas que forman la sociedad: el Estado, la sociedad y el mercado. Son las relaciones entre ellas que explican hoy día las posibilidades democráticas de un país, la naturaleza de su constitución, la perdurabilidad de ese esfuerzo, la estabilidad cierta de sus instituciones. (Torres-Rivas, s/f:7)

El concepto de SC ahora revisitado es tributario de los aportes de Hobbes, Locke y Harrington, entre otros, y posteriormente de Hegel, Marx y Gramsci. Un nuevo punto de partida constituye la obra de Habermas, inicialmente desde *La Transformación Estructural de la Esfera Pública*, publicado en 1962, y cuyo objeto de estudio fue el surgimiento y la caída de una forma históricamente específica y limitada del ámbito público a la que llamó “el modelo liberal del ámbito público burgués”. Posteriormente, otros autores –notablemente Cohen y Arato– han sintetizado las ideas al respecto y continuado con la elaboración teórica.

En su uso moderno clásico, el concepto de SC se refiere a la totalidad de la vida social por fuera de las instituciones del Estado. En ese contexto clásico, las actividades de la empresa privada y las transacciones en el mercado forman parte central de la SC. Sin embargo, el concepto de SC ha evolucionado en el último siglo y medio, en respuesta a cambios significativos en Occidente, tanto en los estados como en las instituciones y asociaciones que existen por fuera de él. Así, a fines del siglo XIX y la mayor parte del siglo XX, la situación se revirtió con respecto al momento anterior: las elites que representaban la lógica y objetivos del estado moderno pretendieron expresar los intereses de un conjunto heterogéneo de grupos y tendencias sociales, desafiando los rumbos destructivos de la sociedad de mercado capitalista.

Cohen y Arato (1994) señalan que en las dos últimas décadas, las iniciativas, asociaciones y movimientos ciudadanos han venido orientándose cada vez más hacia la defensa y expansión de un ‘campo societal’ variadamente descrito, cuyas formas y proyectos se distinguen claramente del estadismo, que encontró sus límites. Recogiendo de Habermas, los autores elaboran sobre el potencial emancipador de la sociedad civil en una etapa en la que parecen haberse agotado las oportunidades para enfrentar en el mismo terreno a los poderes de la burocracia estatal y a las instituciones que conducen el orden del mercado. Distinguen la integración

sistémica, que compromete al estado y al mercado, orientados a la búsqueda del poder y del dinero, respectivamente, de la integración social, que es donde se despliegan las instancias comunicativas de reproducción de las identidades culturales, formación de otras nuevas y mecanismos de socialización y de realización; es en este escenario que los movimientos sociales pueden construir una nueva sociedad civil (Grompone, 1995).

El concepto de espacio público, en la elaboración de Habermas, es fundamental a la comprensión de la sociedad civil. Ésta se desenvuelve en el espacio público de la ‘vida cotidiana’, que él distingue del espacio privado, inherente a la vida íntima y personal. El espacio público, en las sociedades modernas, es el teatro en el que la participación política es representada por medio del habla. Es el espacio en donde los ciudadanos deliberan sobre sus asuntos comunes; por lo tanto es un terreno de interacción discursiva. Este espacio es conceptualmente distinto del Estado como de la economía oficial, por cuanto es el lugar de producción y circulación de discursos que pueden ser críticos del Estado y, lejos de ser el campo de las relaciones de mercado, es el escenario del debate y la deliberación, de la defensa de las formas de solidaridad que la racionalización sistémica pone en riesgo. Este concepto de espacio (o ámbito) público permite mantener a la vista las diferencias entre aparatos de estado, mercados económicos y asociaciones democráticas, diferencias esenciales para la teoría democrática (Fraser, 1995).

Fraser –en una observación pertinente para el análisis de los fenómenos latinoamericanos– critica a Habermas por no haber desarrollado un nuevo modelo posburgués del ámbito público como para cubrir las necesidades de la teoría crítica hoy. Fraser señala que Habermas idealiza el ámbito público liberal, y que a pesar de la retórica sobre su accesibilidad, era claro que dicha accesibilidad estaba en gran medida constituida por un número de exclusiones significativas. Cuando Habermas caracteriza el ámbito público burgués como un terreno en el que el tema a discutir está restringido al ‘bien común’, se está descartando la discusión de los ‘intereses privados’ (Fraser, 1995).

Pero si la existencia de un bien común no puede inferirse con anterioridad, entonces no hay ninguna garantía para poner ningún tipo de censura sobre qué temas, intereses y opiniones son aceptables en la deliberación... Por lo tanto, este argumento resulta ser mucho más pertinente para las sociedades estratificadas que están obstruidas por profundas relaciones de dominación y subordinación. Después de todo, cuando las disposiciones sociales operan para el beneficio sistemático de algunos grupos de personas y en detrimento sistémico de otras, hay razones de prima facie para pensar que la postulación de un bien común compartido por explotadores y explotados puede muy bien ser una mistificación... En general, la teoría crítica necesita echar una mirada más aguda y más crítica a los términos ‘privado’ y ‘público’. Estos términos, después de todo, no son simplemente designaciones directas de ámbitos sociales; son clasificaciones culturales y etiquetas retóricas. En el discurso político son términos poderosos que frecuentemente se despliegan para deslegitimar algunos intereses, opiniones y temas, y para valorizar otros. (Fraser, 1995:413-414)

La SC corresponde a las actividades asociativas de la ‘vida cotidiana’, la que contiene aquellas actividades e instituciones que están estructuradas principalmente a través de la inte-

racción comunicativa más que por los imperativos sistémicos en relación. Esta sociedad incluye una vasta gama de actividades; instituciones y redes sociales al margen del Estado y de la economía, desde clubes y organizaciones proveedoras de servicios sin fines de lucro hasta grupos de acción política.

La vida cotidiana (en cuya esfera pública se desenvuelve la sociedad civil) tiene tres componentes: la cultura, la sociedad y la personalidad, que pueden diferenciarse entre sí. En la medida en que los actores se comprenden mutuamente y se ponen de acuerdo con respecto a su situación, comparten una tradición cultural. En tanto que coordinan su acción a través de normas intersubjetivamente reconocidas, actúan como miembros de un grupo social solidario. Los individuos, al crecer dentro de una tradición cultural y participar en la vida grupal, internalizan orientaciones valorativas, adquieren competencias generalizadas para la acción y desarrollan identidades individuales y sociales. Al tener a la comunicación como medio es como se da la reproducción, no sólo del legado cultural-lingüístico sino también de los procesos de transmisión cultural, integración social y socialización, a través de 'instituciones' especializadas en la reproducción de tradiciones, solidaridades e identidades. Un concepto de sociedad civil puede afincarse en el nivel institucional de la vida cotidiana (Cohen & Arato, 1994).

... lo que está en juego en los movimientos contemporáneos es la lucha por la destradicionalización y la democratización de las relaciones sociales en la sociedad civil. Es parte de este proyecto la redefinición de las normas culturales, de las identidades individuales y colectivas, de los roles sociales apropiados, de los modos de interpretación, y de la forma y contenido de los discursos (que hemos llamado 'la política de la identidad'. Sin embargo, desde que las instituciones autoritarias con frecuencia están reforzadas por un control desigual del dinero y del poder, y dado que la colonización de las instituciones de la sociedad civil por estos medios impide su mayor modernización, los actores colectivos contemporáneos deben también dirigirse a la sociedad política. Una 'política de inclusión' apunta a las instituciones políticas para obtener el reconocimiento de nuevos actores políticos como miembros de la sociedad política y para lograr los beneficios para aquellos a los que 'representan' También es indispensable una 'política de influencia' orientada a modificar el universo del discurso político para colocar nuevas interpretaciones-necesidades, nuevas identidades, y nuevas normas. Sólo con esa combinación de esfuerzos se puede restringir y controlar la colonización administrativa y económica de la sociedad civil, que tiende a congelar las relaciones de dominación y a crear nuevas dependencias. Finalmente, también es central a este proyecto una mayor democratización de las instituciones políticas y económicas (una 'política de reforma'). Sin este esfuerzo, cualesquiera logros dentro de la sociedad civil serán, ciertamente, tenues. (Cohen & Arato, 1994: 526) (traducción propia)

Young traduce la 'política de inclusión' como 'actividades de auto-organización' de las asociaciones, y las políticas 'de influencia' y 'de reforma' como 'actividades de la esfera pública'. Señala posteriormente que más allá de las virtudes generales de participación, las actividades auto-organizativas de la SC contribuyen a la auto-determinación y, en menor grado, al auto-desarrollo. El auto-desarrollo significa ser activamente capaz de comprometerse en el mundo y crecer. En este sentido, el auto-desarrollo ciertamente implica cubrir las necesidades básicas

de las personas, tales como alimentación, vivienda y salud, así como también educación y capacitación. En tanto que el auto-desarrollo no es reducible a la distribución de recursos, los procesos económicos orientados al mercado y al lucro afectan de manera particular la habilidad de muchos para desarrollar y ejercer sus capacidades. El uso de capacidades satisfactorias y el reconocer los modos de expresión y las formas de vida particulares depende también de la organización de la división del trabajo y de las estructuras de comunicación y cooperación.

Ambos conceptos, auto-determinación y auto-desarrollo, están asociados con la justicia social. A contracorriente de la misma están la dominación y la opresión. La primera –condiciones que impiden a algunas personas participar en las decisiones y procesos que determinan sus acciones y las condiciones de las mismas– niega la auto-determinación. La opresión consiste en los procesos institucionales sistemáticos que impiden a alguna gente aprender y usar satisfactoriamente o ampliar sus capacidades (en los términos de A. Sen) en escenarios socialmente reconocidos o expresar sus perspectivas sobre la vida social en contextos en que otros los escuchan, y niegan el auto-desarrollo. Esta desagregación de lo que constituye la injusticia social le da pie a Young para plantear los límites a la sociedad civil:

A pesar del papel vital de la sociedad civil en la promoción de la inclusión, la expresión y la crítica a favor de una democracia profunda, estoy en contra de quienes sugieren que la sociedad civil sirve como mejor alternativa al estado actual para la promoción de la democracia y la justicia social. Las instituciones estatales tienen capacidades únicas para la coordinación, la regulación y la administración en gran escala de las que una democracia en buen funcionamiento no puede prescindir. A pesar de que la sociedad civil está colocada en tensión con las instituciones estatales, es necesario el fortalecimiento de ambos para profundizar la democracia y minar la injusticia, especialmente la que se deriva del poder económico privado. Cada uno de los aspectos sociales –estado, economía y sociedad civil– puede limitar y apoyar a los otros. Así, los movimientos sociales que pretenden mayor justicia y bienestar deben trabajar en ambos frentes, y apuntar a la multiplicación de los vínculos entre la sociedad civil y los estados. (Young, 2000:56) (traducción propia)

ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD (CLAS)

En la sección anterior presentamos algunas consideraciones teóricas como base para el análisis de organizaciones peruanas que participan en el escenario de la sociedad civil vinculada a la salud. En el entendido de que aquellos marcos conceptuales fueron producidos sobre la experiencia de las sociedades occidentales del Primer Mundo, con sus particularidades históricas y culturales, nuestro análisis dará cuenta de algunas de las especificidades del contexto latinoamericano y peruano que trazan caminos distintos para el desarrollo de la sociedad civil.

En un documento de balance de la década pasada referido al sector Salud, Arroyo (Arroyo, 2001) argumenta que en dicho período la eficacia se contrapuso a la democracia y se optó por un gobierno cerrado, sin una gobernabilidad democrática. La participación social –en relación al

Ministerio de Salud– estuvo caracterizada por lo siguiente: a) la existencia de un amplio voluntariado social en salud; b) ‘el desarrollo incierto de la participación institucionalizada desde 1994 bajo la forma de Clas’ (Comité Local de Administración de Salud); c) el retroceso de todas las formas de participación y salud comunitaria tradicionalmente vinculadas a la planificación y movilización local; d) la fragmentación de la participación social en el Ministerio de Salud.

Los Clas fueron la gran experiencia de participación social en los 90 y ofrecen una gran oportunidad, estando en curso, para observar su potencial y límites en la construcción de sociedad civil en el ámbito sectorial estimulando, ojalá, las modificaciones que lo viabilicen como un modelo de efectiva participación democrática. No cabe duda de que, bien apuntalados y orientados, pueden ser una fuerza fundamental para la activación y crecimiento de la democracia asociativa hacia el logro del derecho a la salud.

El funcionamiento de los Clas no ha estado exento de tropiezos. A nivel del sistema mismo, uno de los principales problemas ha sido la ambivalencia del Minsa con respecto al respaldo político que debía darle. Esta dificultad está asociada con la falta de claridad del sector con respecto a la reubicación de la atención primaria y la salud comunitaria, que cedió paso al enfoque crecientemente tecnocrático de la salud, propio de los 90, al lado del discurso de la corresponsabilidad Estado-sociedad y del mejoramiento del gasto social (Arroyo, 2001).

El desempeño de los Clas no es homogéneo en todo el país: en muchas localidades ha presentado dificultades que responden a diversos factores. Al analizarlos, no nos ocuparemos del impacto de los Clas en la atención de la salud. Nos concentraremos en algunos aspectos que se vinculan con la naturaleza de su participación como asociaciones propositivas y de control social en el sector Salud y que, obviamente, tienen relación entre sí: a) orígenes; b) representatividad local; c) naturaleza de la participación; d) ámbito sociocultural. Para ello, recogemos tanto la información del Minsa como los hallazgos de diversos estudios realizados en diferentes momentos y con diferentes objetivos centrales que, sin embargo, apuntan a líneas de investigación que deben ser posteriormente desarrolladas.

Orígenes

En la primera parte de los 90, los bajos niveles de productividad del sistema llevaron a que todos los establecimientos del sector se comprometieran en un esfuerzo de *marketing* para ampliar la clientela. Uno de los mecanismos del gobierno fue la utilización de los Seguros Públicos. Adicionalmente, se propuso mejorar la calidad del servicio, incidiendo en los incentivos y en la gestión, usando una combinación de nuevos sistemas de pago, nuevas herramientas administrativas, mayor autonomía y mayor participación de la sociedad civil en la gestión del servicio público. Estas últimas reformas fueron lideradas por la creación en 1994 de los Comités Locales de Administración de Salud (Clas), administrados por la comunidad y financiados con fondos públicos, notablemente del Tesoro Público, aunque también los generados por la prestación de servicios (The World Bank, 1999).

Los Clas configuran un tipo particular de asociaciones de interés, en tanto que no sólo están formalmente reconocidas por el Estado sino que también fueron propuestos por el Ministerio de Salud (Minsa) como mecanismo de participación comunitaria y tienen con éste una relación contractual. Un documento oficial reza así:

El Clas es una asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica, integrada por representantes de la comunidad organizada, para administrar un puesto o centro de salud, con el fin de mejorar la salud de la comunidad. Es una modalidad descentralizada de administración, donde el Estado comparte esfuerzos y recursos con la comunidad. (Ministerio de Salud, 1996:13)

Las funciones del Clas son trabajar con los proveedores de salud para desarrollar un plan de salud local, definir el presupuesto para implementarlo, y hacer un seguimiento de los gastos y de la provisión de servicios a la comunidad. Para constituir un Clas, el Jefe del centro o puesto de salud convoca a los representantes de la comunidad para presentar los objetivos del Clas y para elegir a los miembros de la Asamblea. Ésta se compone de siete personas: tres son los representantes directos de la comunidad, otros tres –miembros también de la comunidad– representan al Estado y son propuestos por el Jefe de establecimiento ante la Dirección Sub-Regional de Salud. El Jefe de establecimiento es miembro nato de la Asamblea. Ésta elige a su Consejo Directivo, constituido por tres líderes de la comunidad, y el Jefe del Establecimiento es quien hace las veces de gerente del Clas.

Hacia fines del 2001, el 35% de los establecimientos del primer nivel de atención –con una población aproximada de nueve millones de habitantes bajo su responsabilidad– contaban con Clas. Éstos tenían asiento en los 24 departamentos del Perú.

La creación del mecanismo de los Clas suscitó reacciones encontradas. Desde sectores comprometidos con la participación comunitaria se generó una gran expectativa, en tanto que importantes grupos de trabajadores del sector observaban los dispositivos pertinentes como una amenaza a su situación laboral. Esto último fue alimentado por la escasa difusión que se dio a los objetivos del Clas, lo que dio lugar a tergiversaciones: por ejemplo, se dijo que se trataba del primer paso hacia la privatización de los servicios de salud.

Desde su inicio, el Programa de Administración Compartida (del Minsa, del cual formaba parte la propuesta de Clas), se desarrolló a contracorriente del contexto político nacional y sectorial. El desplazamiento del manejo de recursos y poder de decisión al nivel local, el poco entendimiento del modelo de gestión por los funcionarios públicos y las propias complejidades del mismo, resultaron en situaciones de ruptura, determinando momentos críticos para su continuidad. (Díaz, 2001:16-17)

Representatividad local

En 1998, el Minsa realizó un estudio sobre los Clas y la participación comunitaria, en el cual se establecía que el tejido social en el cual se insertan los Clas es relativamente fuerte

(clubes de madres, Vaso de Leche, asociaciones de padres de familia). No obstante, la conclusión central reportaba el poco conocimiento de los líderes comunitarios de la existencia de los Clas en sus servicios (Díaz, 2001).

Ese mismo estudio informaba que el 78,7% de los líderes de Clas habían sido elegidos en Asambleas Generales. Otro estudio del mismo año (citado en Arroyo, 2001) matizaba este aserto, concluyendo que el modelo mismo de los Clas conlleva una modalidad de ‘participación fría’, lo que significaría que el modelo de Clas practicado involucra a los líderes comunales pero no necesariamente a sus comunidades. En otras palabras, no hay una plena representatividad de los miembros de la comunidad en tanto que los integrantes de los Clas no son necesariamente elegidos por una asamblea comunal o mediante sufragio universal. O’Brien y Barrenechea ratifican la baja participación comunitaria canalizada por los Clas, señalando que esta es individual y no colectiva, no estructurada y a solicitud del servicio en la mayoría de casos.

Como en cualquier otro espacio social, en las comunidades Clas existe un sistema de estratificación social y de poder. En un estudio que realizáramos en 1999 (Anderson et al., 2000) por encargo del Minsa, con trabajo de campo en zonas rurales y urbanas marginales, que es donde operan principalmente los Clas, se constató la presencia de cuatro factores de exclusión de las organizaciones y, dentro de ellas, de los cargos y procesos de decisión: étnicos, de género, de edad (marginación de los más jóvenes y de los más viejos) y de clase social, fuertemente vinculados al nivel de educación formal, al prestigio ocupacional y a los recursos económicos personales. Este parece ser el caso en la elección –o selección– de los miembros del Clas. Información no sistemática señala que, en ocasiones, es el Jefe del establecimiento el que escoge ‘a dedo’ a los participantes del Clas usando criterios como un mayor nivel educativo o mayor poder local, que dan soporte a una anticipada mayor eficiencia, pero no a la representatividad de los distintos segmentos de la población y a la construcción de una identidad solidaria.

La configuración actual de relaciones entre actores en todas las localidades del país hace poco probable que los grupos marginales, los que corren con mayor riesgo de exclusión, sean representados o tengan cualquier tipo de participación en –o acceso a– los Clas. Tendría que haber una intervención adrede y un rediseño de los mecanismos de elección, procedimientos y acceso a la fiscalización para que eso se diera. (Anderson et al., 2000:160)

Naturaleza de la participación

Más allá de las funciones declaradas de los Clas (arriba anotadas), las reservadas para la Asamblea General, el Consejo Directivo, el Presidente del mismo y el Gerente del Establecimiento, son harto elocuentes acerca de la capacidad de decisión de los representantes de la comunidad. Así, por ejemplo, la Asamblea debe aprobar modificaciones al estatuto, el balance anual, el programa de salud local y el presupuesto. Las funciones del Consejo Directivo que sugieren mayor nivel de decisión son la participación en la formulación del programa de salud local, la supervisión del mismo y la formulación del presupuesto anual. El Presidente (miembro de la

comunidad) representa, coordina, convoca y preside, teniendo como responsabilidad mayor el disponer la ejecución del programa de salud local.

Del otro lado, el Gerente del establecimiento (Jefe del mismo, funcionario del Minsa) es el responsable de dirigir, organizar, evaluar ‘conjuntamente con el personal’ la cobertura y calidad de los servicios que presta el establecimiento, y proponer al Consejo Directivo los requerimientos de personal.

En el estudio del Minsa de 1998, recogido por Arroyo, se registraba que en siete años de funcionamiento de los Clas, el programa había promovido de manera importante la participación de tipo colaborativo de sus miembros en relación a los servicios. Se nota la existencia de “una clara tendencia de los establecimientos de salud a considerar a la comunidad únicamente como un recurso de ejecución de tareas planificadas desde la oferta de los servicios” (Arroyo, 2001:53).

Como la apertura del espacio a la participación comunitaria es importante, ésta aparece aún restringida en términos de la autonomía de la representación comunitaria para el desarrollo de propuestas y del potencial menoscabado de control social; es, finalmente, una institución del Estado la que controla la estructura y los procesos de participación, definición de espacios, actores, agendas, procedimientos.

Ámbito sociocultural

Las relaciones de la sociedad civil con la vida política no obedecen a un patrón normativo. En la vida cotidiana –incluidas la cultura, la sociedad y la personalidad– se reflejan los procesos históricos, las oportunidades y condicionantes del desarrollo de sujetos colectivos de la sociedad civil. Recordemos el contexto económico, social y político peruano descrito al iniciar esta ponencia, e incluyamos, además, el mundo subjetivo y cultural de los actores que intervienen en la experiencia Clas y en su entorno. Como bien señala López:

La ciudadanía no es sólo un conjunto más o menos articulado de prácticas ciudadanas en torno a un conjunto de derechos y de responsabilidades, sino que ella es también el cúmulo de vivencias, percepciones, conocimientos, evaluaciones, sentimientos que, de alguna manera, configuran la forma como son los ‘ciudadanos por dentro’ en el Perú. Es imprescindible tomar en cuenta esta dimensión subjetiva de la ciudadanía en un país marcado profundamente por una pesada herencia colonial, por una compleja heterogeneidad racial y étnica y por enormes desigualdades económicas, sociales, regionales y de género. En un contexto así, la ciudadanía es vivida en forma diferente por los peruanos y las peruanas según el tipo de inserción y de relación con el complejo contexto señalado. (López, 1997:440)

Las relaciones alrededor de los Clas no hacen sino reproducir los rasgos autoritarios y elitistas que forman parte de la cultura nacional y, tal vez, con mayor intensidad en las zonas de mayor pobreza.

En una encuesta representativa del nivel nacional realizada en 1997, López encontró una significativa relación entre niveles de educación e ingreso y niveles de ciudadanía. Asimismo, halló que existe una relación negativa entre la vulnerabilidad social y el nivel de competencia política. Es decir, las personas más vulnerables socialmente (las que tienen menos posibilidades de que sus hijos accedan al colegio y adquieran una profesión, que no tienen un ingreso suficiente para la vejez ni cuentan con los niveles adecuados de salud) se sienten menos capaces de influir en las autoridades y en los espacios públicos. En cambio, las personas menos vulnerables socialmente creen que pueden influir a través de diversos medios en las decisiones de las autoridades y en los espacios públicos (López, 1999).

En un contexto como el de los Clas, en el que se tejen relaciones entre sectores de distinto nivel de vulnerabilidad, es grande el reto para construir un ambiente en el cual se compartan las decisiones entre los profesionales del sector y los representantes de la comunidad. Está de por medio el tema del poder.

Si poder significa control, el ‘empoderamiento’ es el proceso de ganar control, tanto sobre los recursos (físicos, humanos, intelectuales, financieros y del propio ser), como sobre la capacidad de ser, de expresarse uno mismo. Para ser sustentable, el empoderamiento debe modificar tanto la autopercepción de las personas como el control sobre sus vidas y sobre sus ambientes materiales. El Clas, como mecanismo sectorial de participación social, puede generar un entorno favorable o crear una barrera al proceso de toma de poder o empoderamiento. El gobierno, sin embargo, no brinda poder a las personas; son ellas las que lo toman para sí mismas (Sen, 2002).

Como la cultura no es únicamente asunto de ‘los otros’, de los pobres, los indígenas y los excluidos, para comprender las relaciones entre los actores del Clas es necesario acercarse a los patrones institucionales del sistema de salud.

En una investigación ya citada (Anderson et al., 2000), al indagarse acerca de la percepción de la población sobre la toma de decisiones en la localidad, se encontró que en un extremo estaban las organizaciones de base (territoriales y femeninas), donde hay una amplia participación de los/las integrantes en la toma de decisiones, y en el extremo opuesto se ubicó a las instituciones del Estado –el Minsa incluido, como instancias de toma de decisiones verticales, fuera de la vista del público.

El Minsa no solamente tiene una estructura vertical, sino una tradición igualmente vertical de conducción de los programas, a través de órganos de dirección, correas de transmisión y financiamiento propios, sistema que no concuerda con la noción de un programa de participación social como el Clas. Se podría conjeturar que la resistencia a éste desde el sector, particularmente desde 1997, ha sido expresión del temor –no sólo del nivel central sino también de las direcciones regionales– de perder el control directo de los establecimientos y del propio personal. Entre algunos funcionarios, además, se generó la preocupación por un ‘excesivo’ poder de la comunidad a través de los Clas que derivó en la suspensión o cambios del personal local.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Observaciones generales

Conceptos como ‘sociedad civil’, ‘capital social’ y ‘participación’ forman parte de discursos tan diversos como los de grupos comprometidos con la democracia, los gobiernos, las agencias de desarrollo, la banca multilateral y las propias asociaciones de la sociedad civil. Sin embargo, los significados atribuidos a estos conceptos son diversos, según el marco ideológico en el que se procese.

La definición que manejamos entiende por sociedad civil al conjunto de asociaciones voluntarias organizadas libremente por agrupaciones de ciudadanos para desarrollar, alrededor de fines específicos, tipos diversos de acción colectiva y para organizar múltiples espacios de comunicación y de deliberación pública. Estas asociaciones mantienen una autonomía relativa con respecto al subsistema político y al subsistema económico.

La sociedad civil reproduce las diferencias socioeconómicas hoy exacerbadas por el mercado. La heterogeneidad de la sociedad torna desigual la oportunidad de organización, de participación y de influencia en las políticas expresadas por la sociedad civil.

La sociedad civil no reemplaza al Estado. La construcción democrática –como proceso interactivo entre Estado y sociedad– supone el fortalecimiento de ambas esferas. El Estado debe abrir espacios y canales, crear mecanismos y fomentar prácticas que faciliten la participación ciudadana. Por su lado, la sociedad civil debe presionar al Estado para que esas transformaciones se hagan efectivas y para que la población se constituya en ciudadanía, y los pobladores en sujetos de derecho, tanto individuales como colectivos. En tal medida, el cambio democrático del Estado va acompañado de crecientes niveles de densidad ciudadana.

La transición democrática en el Perú –observada con optimismo cauteloso– abre las puertas hacia el desarrollo de formas asociativas alrededor del derecho a la salud, en términos de influencia en las políticas y de control social del Estado.

Observaciones en relación a los Comités Locales de Administración de Salud (Clas)

Los Clas, como modelo dominante de participación comunitaria en el sector Salud, constituyen una experiencia muy rica a observar, en términos de la generación de verdaderos espacios de deliberación, propuesta y control social en el marco del derecho a la salud.

De manera específica, el proceso de gestión compartida permite a la comunidad organizada adentrarse en la máquina del Estado, conocer la ‘lógica’ del funcionamiento de las entidades y servicios públicos con sus límites y, bien llevado, estimula la construcción de una relación de corresponsabilidad y de manejo del conflicto, buscando consensos cada vez más calificados.

Los Clas, a lo largo de sus nueve años de funcionamiento, han mostrado dificultades. Entre las observadas están los mecanismos de representación de la comunidad en la Asamblea y en el Comité Directivo. Merecerían considerarse también los mecanismos capaces de superar o esquivar bloqueos, y discriminaciones que reducen o impiden la participación de determinados segmentos de la población.

Otra dificultad se refiere a los niveles de participación y autonomía de criterio de los representantes de la comunidad en la toma de decisiones que, a través del establecimiento, afectan a la comunidad. Esto se vincula tanto con el diseño del modelo como con la cultura política de los unos y los otros (comunidad y sistema formal de salud).

La historia de las relaciones de poder –desde el nivel nacional hasta el local– pesa en los intentos de generar estilos democráticos. La tradición de participación y de cultura cívica está prácticamente ausente en el país. Persisten rasgos como el clientelismo y aún está presente la desbordante corrupción de los 90, sin hablar del autoritarismo y del elitismo de siempre. La cultura política –creencias que la gente tiene sobre el sistema político– también afecta los niveles de participación, en tanto su actuación está sujeta a la percepción de la propia capacidad de influencia, de la apertura al cambio del sistema y de la credibilidad en sus autoridades. En esa línea, la frustración e impotencia frente a canales de participación que no corresponden a la intensidad de la movilización y la participación pueden derivar en apatía y debilitamiento de la vida asociativa. Las instituciones formales del sector tienen allí un gran reto.

La ganancia de poder que suponen los mecanismos de real participación social debe traer aparejada no sólo el control sobre la capacidad de ser y expresarse –espacio que abrirían los Clas– sino también el control sobre los recursos físicos, humanos, intelectuales y económicos. De allí que la construcción de un tejido ciudadano consistente tenga que enmarcarse en una propuesta integral de desarrollo que comprometa a las esferas del Estado, el mercado y la sociedad civil.

La historia de las experiencias de mesas de concertación y mecanismos similares de coordinación interinstitucional en los niveles locales advierten sobre la necesidad de trabajar el diseño y la aplicación de este tipo de formatos de participación y coordinación con mucho cuidado, con gran conocimiento de la realidad sociopolítica y cultural del país, planteando expectativas realistas.

En el Perú existe una masa crítica de profesionales y actores del Clas que apuesta a la continuidad y a las contribuciones de este modelo como organización de la sociedad civil a nivel comunitario. De su capacidad de organización, de propuesta, de generación de espacios públicos de formación de opinión pública y de influencia en los niveles de decisión de políticas depende, en gran medida, el futuro de los Clas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMES, R. El impulso a una agenda democrática ante los cambios de la política y los nuevos contenidos públicos de lo social. In: HENRÍQUEZ, N. (Ed.) *Construyendo una Agenda Social*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 1999.
- ANDERSON, J. & VALLENAS, S. et al. *Informe Final del proyecto Evaluación Social del Programa de Apoyo a la Reforma del sector Salud (PAR Salud)*. Lima: Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú (Cisepa-Pucp), 2000.
- ARROYO, J. *Gobernabilidad en Salud en Perú en los Noventa*. Lima: Ministerio de Salud, 2001.
- ARROYO, J. Los retos para un Acuerdo Nacional por la Salud. ForoSalud, I Conferencia Nacional, Lima 2003.
- COHEN, J. L. & ARATO, A. *Civil Society and Political Theory*. Boston: MIT Press, 1994.
- DÍAZ, R. Clas enfrenta el riesgo de la desfiguración del modelo. *Semanario Gestión Médica*, año 6, 249:2-3, dic. 2001.
- EWIG, C. Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector Salud peruano. Ponencia presentada al seminario Pobreza y Políticas Sociales en el Perú, Lima, 1998 (separata).
- FRASER, N. Repensar el ámbito público. In: GROMPONE, R. (Ed.) *Instituciones Políticas y Sociedad*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1995.
- GROMPONE, R. La irrupción de la sociedad en la política. In: GROMPONE, R. (Ed.) *Instituciones Políticas y Sociedad*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1995.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). *Compendio Estadístico 2002*. Lima: Inei, 2002.
- LÓPEZ, S. *Ciudadanos Reales e Imaginarios*. Lima: IDL - Instituto Diálogo y Propuesta, 1997.
- MINISTERIO DE SALUD. *Administración Compartida: los Comités Locales de Administración de Salud (Clas)*. Lima: Minsa, 1996.
- SAGASTI, F. et al. *Equidad, Integración Social y Desarrollo: hacia un nuevo enfoque para la política social en América Latina*. Lima: Agenda: Perú, Universidad del Pacífico, 1999.
- SEN, G. El empoderamiento como enfoque a la pobreza. *Magazine Catalunya Global* 13, 2002. <http://www.iigov.org>.
- TORRES-RIVAS, E. La sociedad civil en la construcción democrática: notas desde una perspectiva crítica, separata, s/f.
- UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO. *Economía y Salud*, año 1, 1, mar. 2003.
- VALLENAS, S. *Estudio de Caso Perú: Red Nacional de Promoción de la Mujer*. Lima: Proyecto Policy, 1999 (sin publicar).
- WORLD BANK. *Peru: improving health care for the poor*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1999.
- YOUNG, I. M. *Inclusion and Democracy*. Oxford: Oxford University Press, 2000.