

Introducción

El proceso de globalización del mundo actual, nos revela la profunda transformación del escenario internacional en el cual se exponen con nitidez, tanto las diferencias entre naciones en términos de renta y bienestar social como las similitudes en aspiraciones económicas, sociales y políticas. Si bien existe un gran consenso entre las naciones sobre cuáles son las metas y paradigmas a alcanzar en materia de eficiencia económica y de equidad social, la realidad muestra un ámbito de contrastes entre naciones cada vez más desiguales, cuya tendencia continua y divergente tiende a fragmentar al mundo en dos bloques, el mundo desarrollado y el subdesarrollado.

En un contexto tal, el modelo de desarrollo predominante se ha basado en la idea de la existencia de un vínculo automático y unidireccional entre crecimiento económico y desarrollo social. Pero, ante la presencia de casos empíricos que evidencian terribles realidades sociales pese a contar con un crecimiento económico alto como Brasil y Sudáfrica, y por otro lado, la aparición de otros casos que dan muestra de haber cosechado grandes logros en cuanto al mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de su población pese a no haber alcanzado un alto crecimiento económico como Kerala (Estado de la India) y Neuquén(provincia de la Argentina), surge el concepto de "*desarrollo humano*".

Este nuevo enfoque se aleja de la visión economicista del desarrollo y centra su estrategia de acción en la satisfacción de las necesidades humanas como prioridad ética y como requisito indispensable para el funcionamiento de una economía. De hecho, esta nueva concepción, trasciende el mero hecho de la acumulación de riquezas para medir el desarrollo puesto que ve en ésta solamente el medio para lograr el fin deseado, el bienestar de la población. Entonces, el "*desarrollo humano*," deja de lado los criterios convencionales para medir el desarrollo alcanzado por un país e introduce evaluaciones en aspectos sanitarios y educativos para medirlo. Es por ello que, bajo esta nueva mirada, la buena salud de la población se convierte en uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo pues el goce de la misma es un derecho del hombre y además, un entorno en el cual las personas puedan tener una vida saludable tiende a aumentar

el capital humano contribuyendo de esta forma a mejorar la productividad del trabajador ayudando al crecimiento económico del país.

Si bien el progreso económico y los logros en salud parecen estar íntimamente relacionados, esta relación se debilita como consecuencia de ciertos factores políticos que afectan negativamente el desempeño de estos últimos. De hecho, gran parte del logro de alcanzar altos estándares de desarrollo humano depende de la manera de utilizar los recursos derivados del crecimiento económico y de las prioridades asignadas a los servicios sociales. Así pues, el crecimiento económico es garantía de desarrollo humano, sólo si aquel genera recursos que permitan llevar a cabo políticas sociales que mejoren la calidad de vida de la población.

El presente documento tiene por finalidad, abrir el debate existente entre la visión tradicional de desarrollo medido en términos de renta y la nueva lógica de “*desarrollo humano*” con el fin de sentar el marco teórico en el cual se inscriben los dos casos de estudio, Kerala y Neuquén. A su vez, en el documento analizaré los elementos comunes de la política social llevada a cabo en ambas regiones, para lograr la reducción de la mortalidad infantil a una tasa y ritmo diferenciado del contexto geográfico, en sus primeras etapas de desarrollo, como forma de sentar un precedente para futuras iniciativas que busquen mejorar este indicador.

Tanto Kerala como Neuquén resultan ser dos casos paradigmáticos puesto que lograron obtener un alto desarrollo humano, en materia de salud y de educación, pese a no haber experimentado un gran crecimiento económico. De hecho, tanto Kerala como Neuquén fueron elegidos entre países del subdesarrollo pues corroboran las hipótesis pilares de este documento: a) la riqueza no es la forma adecuada de medir el desarrollo de un país pues los indicadores macroeconómicos no expresan por sí solos nada acerca de la pobreza o condición de vida de la población, b) el crecimiento económico es garantía de desarrollo humano en tanto y en cuanto genera recursos que permiten llevar a cabo políticas para mejorar la calidad de vida de la sociedad, c) la aplicación de las políticas sociales depende en mayor medida de opciones éticas de la clase dirigente y de decisión política que determinan el camino del desarrollo, d) es posible lograr un

gran "desarrollo humano" sustentable pese a no contar con una economía sólida que dé grandes frutos económicos.

La metodología a seguir en el documento será, exponer sintéticamente en el primer apartado, las tendencias mundiales de las crecientes desigualdades y dar muestra de la continua polarización de los recursos económicos y disparidades en materia sanitaria y educativa entre el mundo desarrollado y el subdesarrollado. Lugo abriré el debate entre el pensamiento tradicional de desarrollo en términos de renta y la nueva lógica de desarrollo humano haciendo referencia a los máximos exponentes de este pensamiento, Amartya Sen y Bernardo Kliksberg.

En el apartado dos, justificaré la elección de mis dos casos de estudios dando información general sobre el contexto económico, político y social en el cual se inscriben las dos regiones y sus respectivos países. A su vez, explicaré el porqué de la elección de la variable de estudio, mortalidad infantil, como indicador de desarrollo y después dejaré en claro la diversidad de factores que influyen la salud como forma de exponer la importancia de la aplicación de una política social multidimensional para lograr transformar la realidad sanitaria de una región.

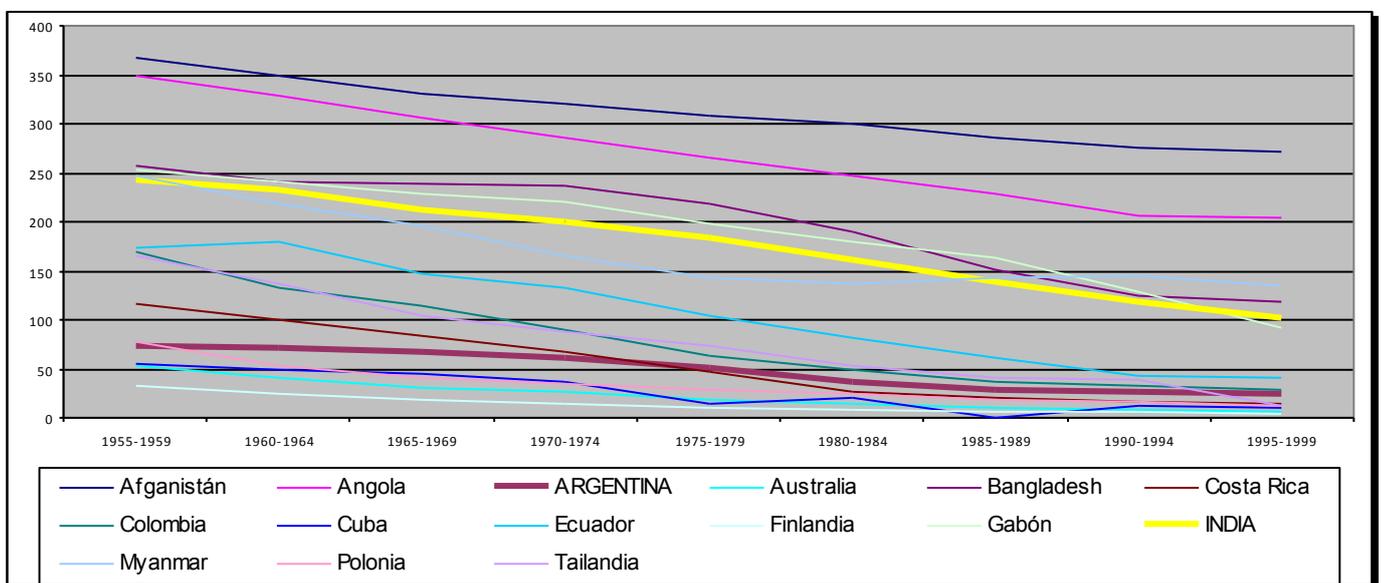
Finalmente, en el apartado tres, haré una breve reseña de los elementos comunes de la política social llevada a cabo en Kerala y Neuquén para la reducción de la mortalidad infantil, dejando en claro la importancia del gran compromiso político que existió en ambas regiones, dando muestra del activo rol que jugó el Estado como oferente de los servicios públicos, para finalmente, poner en evidencia el marco teórico en el cual se inscribe la estrategia de dichas políticas.

Apartado I

En este apartado, expondré una síntesis de la tendencia del desarrollo económico, sanitario y educativo del escenario internacional. Luego, haré una breve reseña sobre datos empíricos que nos conducirán a abrir el debate actual entre la visión tradicional del desarrollo medido en términos de renta y el nuevo enfoque de desarrollo humano basándome en ciertos autores como Amartya Sen y Bernardo Kliksberg, máximos exponentes de este pensamiento. Finalmente, haré alusión a la presencia de ciertas regiones del mundo subdesarrollado que cuentan con un excelente desarrollo humano corroborando la afirmación de que es posible el desarrollo humano en el subdesarrollo económico.

1 Escenario internacional

En el siglo XX, el mundo experimentó una extraordinaria expansión de las finanzas y del comercio internacional lo cual contribuyó al aumento de las riquezas en términos generales. Las mejoras en los sistemas económicos de las naciones, permitieron implementar diversas políticas sociales que llevaron a la rápida reducción de la mortalidad infantil en varios países. De hecho, en el ámbito mundial, la tasa promedio de mortalidad infantil en menores de cinco años se redujo de 150 por mil nacidos vivos en el decenio de 1950 a aproximadamente 40 por mil en el decenio de 1990. El siguiente cuadro pone en evidencia tal reducción a nivel mundial a partir de 1955.¹



¹ OMS LOPEZ, Alan; INOUE, Mie; AHMAD, Omar "Mortalidad infantil, Reevaluación de la disminución de la mortalidad" en Boletín de la OMS 2001 n° 4 2001, p.87-90

Por otro lado, en términos educativos, los índices de alfabetización a nivel mundial también mejoraron radicalmente aumentando del 47 % en el decenio de 1970 al 73 % en 1999.² Asimismo, se evidenciaron notables avances en lo que respecta a los servicios básicos puesto que se quintuplicó la proporción de familias rurales con acceso a agua potable contribuyendo al mejoramiento del nivel de vida de las mismas. Finalmente, los avances científico-tecnológicos de las últimas décadas han sido excepcionales dado que se han producido cambios sustanciales en numerosos campos de las comunicaciones, robótica y genética entre otros que han llevado hasta límites imprevisibles las fronteras de la tecnología.

Las estadísticas a simple vista, dan muestra del progresivo desarrollo y expansión de conglomerados empresariales internacionales del cual fue partícipe el mundo en las últimas décadas del siglo XX. Sin embargo, aunque el mundo globalizado de hoy conozca una prosperidad económica sin precedentes en términos generales, detrás de dicho panorama, subyacen contrastes irreconciliables en términos económicos, sanitarios y educativos, entre las realidades de los distintos países. Las cifras de pobreza han aumentado significativamente en muchas naciones, especialmente en Africa y Latinoamérica. A su vez, las estadísticas referidas a los niveles de concentración de la riqueza en distintos países muestran las tendencias progresivas de las desigualdades tanto entre países como al interior de los mismos. De un total de 6.000 millones de habitantes, 2.800 millones- casi la mitad- viven con menos de u\$s 2 diarios y 1.200 millones – una quinta parte- con menos de u\$s 4 al día, peor aún, el 44% de este grupo se encuentra en Asia Meridional³. A su vez, en distintas partes del mundo, se aprecian niveles inaceptables de privaciones de los derechos fundamentales de la vida de la gente, por ejemplo, en materia educativa y sanitaria, lo cual aumenta el contraste entre las regiones. De los 4.600 millones de habitantes de los países en desarrollo, más de 850 millones son analfabetos, casi 1000 millones carecen de acceso a agua potable y 2.400 millones no tienen acceso a servicios sanitarios básicos⁴. A su vez, se estima que cada año mueren

² PNUD Informe 1990, p.11

³ Banco Mundial .Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001. “ Lucha contra la pobreza”, Washington, DC p.3

⁴ PNUD. Informe sobre desarrollo Humano 2001 cap 1 “El desarrollo humano: pasado , presente y futuro”. p.11

3,4 millones de personas por infección directa del agua, alimentos contaminados u organismos portadores de enfermedades como mosquitos que medran en el agua estancada⁵. Por otro lado, la OMS estima que la mitad de los fallecimientos de niños menores de 5 años en los países en desarrollo están íntimamente relacionados con la malnutrición combinada con diversas infecciones⁶ y, según la FAO (1998) 828 millones de personas de los países en desarrollo padecen hambre crónica y otros 2000 millones tienen deficiencias de micro nutrientes⁷.

La brecha entre países ricos y pobres, se profundizó aun más desde la década de los 80 debido a la crisis económica internacional. Los países en desarrollo durante esos años experimentaron una gran reducción de los recursos económicos, lo cual trajo aparejado un gran recorte en el gasto destinado a servicios sociales con el único fin de corregir los problemas deficitarios provocados por las malas gestiones y el despilfarro de dinero. De hecho, las políticas de ajuste estructural no hicieron más que profundizar la brecha que separaba al mundo desarrollado del mundo en desarrollo, aumentando los índices de pobreza en este último.

Como contrapartida del aumento de la pobreza en los países del mundo en desarrollo, la riqueza de unos pocos ha aumentado notablemente en ciertas regiones contribuyendo a la polarización de los recursos económicos. Esto se observa al ver que el ingreso promedio en los 20 países más ricos es 37 veces mayor que el de las 20 naciones más pobres. En otros términos, el 20% más rico es dueño del 86% del producto bruto mundial y las 3 personas más ricas del mundo tienen activos superiores al producto nacional bruto sumado de los 48 países más pobres⁸. A su vez, la distancia entre el 20 % de la población que vive en países pobres y el 20 % de la población que vive en países ricos ha aumentado aún más de lo estimado. Las diferencias del ingreso entre ambos, que eran de 30 a 1 en 1960 pasaron a ser de 60 a 1 en 1990 duplicándose en solo tres décadas.⁹ El siguiente cuadro permite observar el porcentaje de participación del 20 % más rico y del 20

⁵ KLIKSBURG, Bernardo ¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000? en Revista de la Facultad de Ciencias Económicas. Año V n° 16. p.239

⁶ LE BIHAN, Geneive; DELPEUCH, Francis; MAIRE, Bernard “Alimentación, nutrición y políticas públicas”. Instituto de Investigación para el desarrollo. Unidad R 106 Nutrición, alimentación y sociedades. Montpellier. Francia. Junio 2001. p.9

⁷ Op. Cit. KLIKSBURG, Bernardo. ¿Cómo reformar el Estado frente a los desafíos de 2000? P. 239

⁸ KLIKSBURG, Bernardo. “Muchos perdedores, pocos ganadores” La gaceta de económicas, UBA Buenos Aires, 24 septiembre 2000 p.1

% más pobre en aspectos claves a fines de los 90 dando muestra de las enormes desigualdades que existen:

Dimensión	20% más rico	20% más pobre
Participación en el Producto Interno Bruto mundial	86%	1%
Participación en la exportación De bienes	82%	1%
Recepción de inversión extranjera Directa	68%	1%

Fuente: Op. Cit. KLIKSBURG, Bernardo "¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?"

p.242

Asimismo, el aumento de la pobreza y la creciente concentración de los recursos ha tenido un importante impacto en el campo de la salud. Al analizar la tasa de mortalidad infantil, indicador de suma importancia para medir el grado de desarrollo de un país dado que los recién nacidos son más vulnerables y tienden a ser más sensibles a las condiciones socioeconómicas adversas, se observan grandes contrastes entre los países pobres y los países ricos.

Si bien a lo largo del último decenio se han producido descensos espectaculares de la mortalidad en casi todos los países, la magnitud del descenso ha sido muy dispar y a ritmos muy diferenciados. Los niños que no llegan a cumplir el año de vida en los países más desarrollados son menos de 4 en mil, mientras que en los países más pobres una quinta parte de los niños no alcanza esa edad,¹⁰ lo cual pone en evidencia el bajo grado de bienestar de estos países y su escaso nivel de desarrollo.

Por otro lado, al analizar indicadores como la esperanza de vida, promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevalente en el momento del nacimiento¹¹, de la población de países desarrollados, se observa que esta alcanza los 74.5 años en Japón, 73 años en Suecia y 72 años en Canadá. En cambio, podemos tomar el ejemplo de los países menos desarrollados como ser

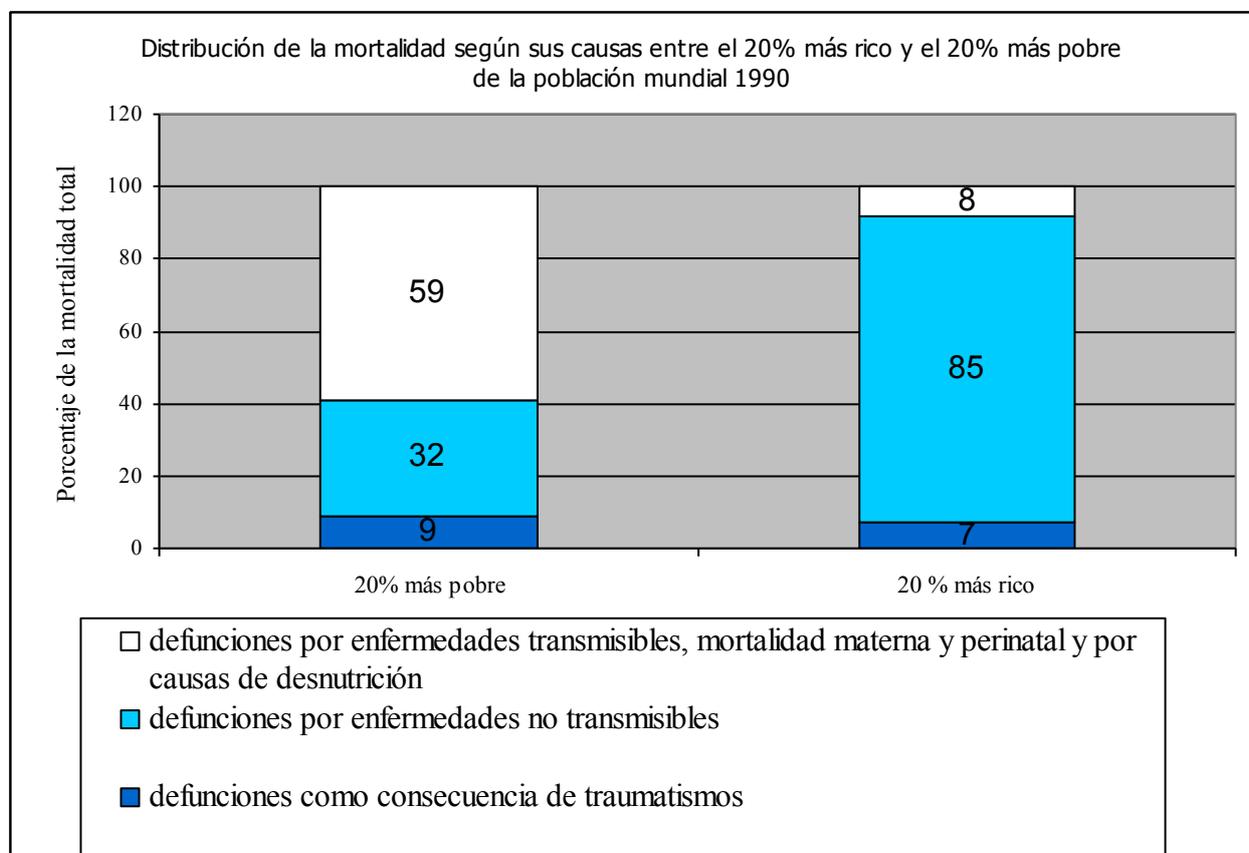
⁹ Op. Cit. KLIKSBURG, Bernardo. ¿Cómo reformar el estado frente a los desafíos de 2000? p. 242.

¹⁰ Ibid. p .3

¹¹ UNICEF Informe "Estado mundial de la infancia 1999" p.121

Brasil donde la esperanza de vida es de 59 años o la mayoría de países africanos donde este índice es inferior a los 35 años.¹²

Asimismo, siete millones de adultos mueren en los países en desarrollo por causas de enfermedades que podrían evitarse o curarse a bajo costo. De hecho, existe una gran diferencia en las causas de muerte entre países pobres y ricos lo cual refleja el dispar grado de desarrollo del mundo actual. Las causas de la mortalidad de un país, nos permiten saber algo acerca del grado de desarrollo del mismo. Así, los países menos desarrollados tendrán un mayor porcentaje de muertes por desnutrición y enfermedades infecciosas y los países más desarrollados tendrán una mayor prevalencia de muertes por enfermedades no transmisibles. En el siguiente gráfico se puede apreciar la distribución de la mortalidad según las causas de muerte entre el 20% más rico y el 20% más pobre de la población mundial según las estimaciones de 1990.



Fuente: Op.Cit. KLIKBERG, Bernardo "¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?"

P. 240

¹² Op. Cit. KLILSBURG, Bernardo. "Muchos perdedores, pocos ganadores" p.2

Entonces, casi el 60 % de las defunciones del 20% más pobre de la población mundial son causadas por enfermedades transmisibles altamente prevenibles, por desnutrición y por mortalidad materna o infantil. Por otro lado, estas causales sólo representan el 8% de las defunciones en los países ricos siendo las enfermedades no transmisibles (cáncer, cardíacas) las causales más frecuentes de defunción.

A su vez, en los países en desarrollo, las tasas de mortalidad materna, número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos¹³, es en promedio 30 veces más elevada que en los países de ingreso alto¹⁴. Este dato revela entonces las inaceptables privaciones en términos nutricionales y de cuidados que sufren las mujeres embarazadas en estos países.

De lo expuesto, podemos concluir citando al economista argentino Bernardo Kliksberg, quien claramente expresó que hoy *"el mundo tiende a dividirse cada vez más entre muchos perdedores y pocos ganadores."*¹⁵ Esta afirmación queda más que clara al observar el siguiente gráfico en donde quedan plasmadas las grandes desigualdades que existen en el mundo actual:

26 países más ricos		49 países más pobres	
78	Esperanza de vida al nacer (en años)	53	
8	Muertes antes de los 50 años (porcentaje del total de muertos)	73	
8	Muertes antes de 5 años (por cada 1000 nacimientos)	144	
6	Mortalidad infantil (muertes en el primer año de vida por cada 1000 nacimientos)	100	

Fuente: Organización mundial de la salud 1998 en Op. Cit KLIKSBERG, Bernardo *"¿Cómo reformar en Estado frente a los desafíos del 2000?"* p 240

¹³ Op. Cit, Unicef. "Estado mundial de la infancia 1999" p.121

¹⁴ Op. Cit KLIKSBERG, Bernardo. *¿Cómo reformar el Estado frente a los desafíos de 2000?* p .241

¹⁵ Op. Cit KLIKSBERG, Bernardo. "Muchos perdedores, pocos ganadores" p.1

2 Crecimiento económico y desarrollo

La siguiente tabla, pone en evidencia la tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años por cada 1000 nacimientos (TMM5), la tasa de mortalidad infantil de menores de 1 año (TMI) por cada mil nacimientos, el total de la población con su respectivo producto bruto per cápita, la esperanza de vida, la tasa de alfabetismo y por último, la distribución del ingreso medido en la proporción del ingreso recibida por el 20 % más rico de la población.

País	TMM5 1998	TMI 1998	Población Total millones) 1998	PBI per Capita (dólares) 1997	Esperanza de Vida al nacer (años) 1998	Tasa de alfabetismo en adultos 1995	Ingresos del 20% más rico de la población
Nigeria	280	166	10,1	200	49	13	44
Mozambique	206	129	18,9	140	44	40	-
Gabón	144	85	1,2	4120	52	63	-
India	105	69	982,2	370	63	50	38
Sudáfrica	83	60	39,4	3210	54	83	63
Brasil	42	36	165,9	4790	67	83	64
Vietnam	42	31	77,6	310	68	91	44
Sri Lanka	19	17	18,4	800	73	90	39
Costa Rica	16	14	3,8	2680	76	95	52
Estados Unidos	8	7	274,0	29080	77	99	45
España	6	6	39,6	14490	78	97	40
Francia	5	5	58	26300	78	-	40
Suecia	4	4	8	26210	79	-	35

Fuente: UNICEF Estado Mundial de la Infancia 2000, p 84-87

A simple vista y siguiendo el lineamiento del pensamiento tradicional que identifica una buena gestión económica con un necesario aumento del bienestar de la población y una mejora de los niveles de salud, podemos afirmar que la población de los países más ricos como Suecia con un PBI per cápita de u\$s 26210 o Francia con un PBI per cápita de u\$s 26300 tendrán mejor salud, estarán mejor

educados y vivirán más años que la gente de países como Mozambique o Nigeria que cuentan con un PBI per cápita de u\$s 140 y u\$s 200 respectivamente.

Es bien sabido que el factor económico influye notablemente en la capacidad de un país de brindarle a su población un buen sistema de salud y de educación. Así pues, las teorías tradicionales de desarrollo ven en la riqueza, la condición indispensable y suficiente para que un país pueda tener un grado de desarrollo sustentable. Dicha visión económica, comúnmente llamada el "*paradigma del goteo*"¹⁶, postula la existencia de un vínculo automático y unidireccional entre crecimiento económico y desarrollo humano sosteniendo que el aumento de las riquezas en un país redundará en beneficios sociales para toda la población a través de los mecanismos del mercado.

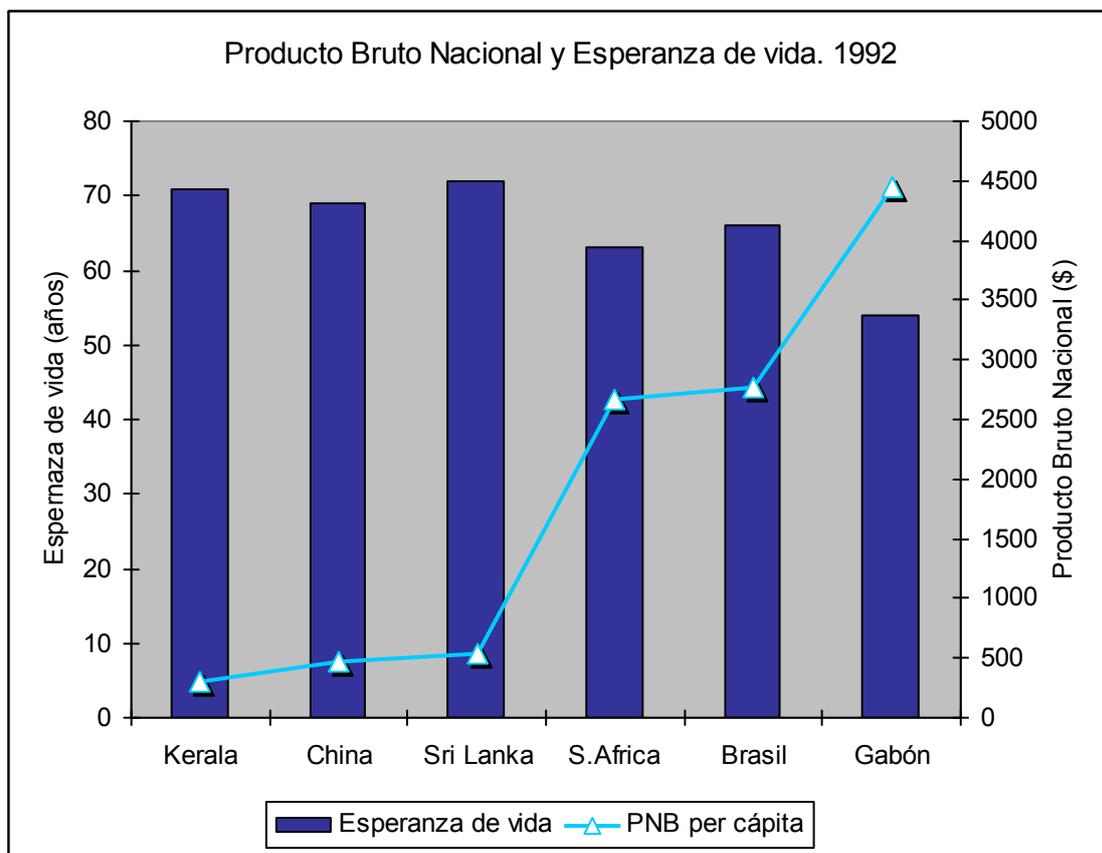
Sin embargo, una mirada comparativa más atenta a distintas naciones e incluso distintas regiones de un mismo país, pone en evidencia que no existe una relación directa entre riqueza y desarrollo dado que a cada nivel de ingreso no corresponde un nivel determinado de desarrollo humano. Es por ello que una nación rica no es necesariamente una nación sana ni un país pobre debe ser necesariamente un país malsano.

De hecho, existen algunas excepciones que desafían los clásicos análisis de desarrollo basados en la acumulación de la riqueza como promotor del desarrollo humano y ponen en evidencia que la salud es una construcción social producto de la aplicación activa de políticas públicas. Por ejemplo, Sri Lanka y Vietnam son países con un PBI per cápita de menos de u\$s 900 sin embargo han alcanzado una tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) menor de 50, esto implica que mueren menos de 50 de cada 1000 niños antes de cumplir los 5 años. Por otro lado, Gabón, Brasil y Sudáfrica son países con un PBI per cápita relativamente alto, u\$s 4120, u\$s 4790 y u\$s 3210 respectivamente y pese a esto su TMM5 es de 144, 42 y 83 por mil.¹⁷ Estas cifras demuestran entonces, que la riqueza de un país definida en términos de ingreso per cápita no refleja la salud relativa de los niños ni de su población. Por otro lado, la siguiente tabla muestra claramente la comparación entre dos grupos de tres países cada uno. Uno de ellos comprende a Gabón, Brasil y

¹⁶WERNER, David; SANDERS, David. "Promesas incumplidas" publicado por Healthwrights. Grupo de trabajo a favor de la salud y los derechos del pueblo. 2000. Cap 11, p.9

¹⁷ ibid cap 14, p.1

Sudáfrica quienes tienen un PBI que multiplica de 5 a 10 veces al otro grupo compuesto por Kerala, Sri Lanka y China. Sin embargo, estos últimos, cuentan con una esperanza de vida de 6 a 18 veces más alta. Esto evidencia que la escasez de recursos económicos no resulta ser un argumento concluyente al analizar el desarrollo de un país pues el segundo grupo resulta ser bastante más pobre que el primero. Hay en juego, por ende, no sólo problemas de recursos sino que existen otras variables que influyen en los resultados del progreso de desarrollo humano.



Fuente: Amartya, Sen "Mortality as indicator of economic succes and failure". The economic journal,1998. en Op Cit KLISKBERG, Bernardo "¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000? p.265

Los datos anteriormente revelados indican que existen factores externos a la renta cuya magnitud es de tal envergadura que deben tenerse en cuenta al momento de analizar o medir el grado de desarrollo de un país. Algunos de dichos factores son: el orden de prioridades que una sociedad fija, el modo de asignación de los recursos por limitados que sean, la importancia establecida a la salud, educación, vivienda etc. y por último el nivel de equidad existente en la sociedad.

Urge entonces, dar un salto a una visión más integrada de desarrollo que logre un tipo distinto de equilibrio entre las políticas económicas y sociales y que reconozca el papel indispensable de estas últimas en la obtención de un desarrollo sustentable.

3 Desarrollo humano: una nueva visión

Se argumenta con frecuencia que todo es una cuestión de recursos económicos y que al faltar éstos no es posible obtener mejoras en los resultados en materia de desarrollo social. Pero ante la presencia de datos empíricos que contribuyen a la insatisfacción de la utilización del ingreso nacional como indicador de bienestar social, nace el concepto de desarrollo humano. Este *“surgió con la finalidad de superar el cuantitativismo económico en la definición y medición de la calidad de vida o del bienestar”*¹⁸. La antigua lógica de desarrollo postula la existencia de un vínculo automático entre crecimiento económico y desarrollo social aduciendo que dicho vínculo depende de los equilibrios macroeconómicos y de las reglas del mercado. En esta visión, el mercado es el encargado de la asignación y distribución de los recursos y se rechaza la intervención del Estado como prestador de servicios. El ámbito de la política queda excluido del proceso de crecimiento y a su vez, su intervención se considera costosa e innecesaria.

Ahora bien, el nuevo enfoque critica duramente los postulados anteriores sosteniendo que la acumulación de riqueza de un país no dice nada acerca de la distribución de la misma o de la exclusión de ciertos sectores, *“ni tiene en cuenta la composición del valor agregado entre los bienes socialmente útiles como ser educación y salud y por otro lado, los bienes producidos para otros fines como ser el armamento”*.¹⁹ A su vez, aduce que no se debe dejar libre al mercado para la distribución de beneficios sociales dado que éste no los asigna siguiendo un criterio equitativo y además, puesto que los individuos en el mercado de la salud o educación no se encuentran en igualdad de condiciones ni son libres de participar

¹⁸ Revista Dhial: Desarrollo humano e institucional en América Latina Informe PRATS, Oriol “Desarrollo humano y sociedad de la información” edición n° 11 diciembre 2000. p.1

¹⁹ SEN, Amartya “La salud en el desarrollo” Discurso inaugural en 52° Asamblea Mundial da la Salud. Ginebra, mayo 1999. p.3

como oferentes y demandantes de dichos servicios, el mercado no puede quedar sin regulación.

Así pues, el desarrollo humano entraña mucho más que el simple aumento del ingreso nacional. La acumulación del capital es solamente un medio necesario pero no suficiente para mejorar las condiciones sociales de la población. Como señaló Aristóteles al comienzo de *Ética a Nicomaco* “*la riqueza no es, desde luego, el bien que buscamos, pues no es más que un instrumento para conseguir otros fines*”²⁰. La utilidad de la riqueza radica en las cosas que nos permite adquirir, es por ello que “*el éxito de una sociedad ha de evaluarse, desde este punto de vista, principalmente en función de las libertades fundamentales de que disfrutaban sus miembros*”²¹, en otras palabras, el éxito de una sociedad debe evaluarse en función del desarrollo humano y social y no solamente en función de la acumulación del capital.

Por su parte, el informe del PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) de 1990, sostiene que el proceso de desarrollo humano debe crear ciertas condiciones para que el entorno en el cual se mueve el hombre le permita desarrollar sus capacidades libremente. Al hablar de capacidades del hombre, el informe hace referencia a las libertades más importantes como ser: vivir una larga y saludable vida, tener conocimiento y poder alcanzar un nivel de vida decoroso. Esta nueva visión, ve en “*el ser humano el elemento central del desarrollo sostenible (por ende), tiene derecho a una vida saludable y productiva en armonía y naturaleza.*”²²

Ahora bien, el economista y premio Nobel Amartya Sen, en su libro “*Desarrollo y Libertad*”, concibe al desarrollo como un proceso de eliminación de privación de libertades tales como la pobreza, el hambre, las enfermedades y la falta de educación. Sen, ve en el mundo actual una constante negación de las libertades fundamentales del hombre que favorecen el desarrollo de sus capacidades potenciales. El sostiene que “*el desarrollo consiste en la eliminación de algunos*

²⁰ Aristóteles, “*The Nicomachean Ethics*”, libro I, apartado 5 traducido por D Ross, Oxford University Press, Oxford 1980, p 7 en Amartya Sen “*Desarrollo en libertad*” ed planeta Barcelona 2000 p.30

²¹ Op. Cit SEN, Amartya “*Desarrollo y Libertad*” p.35

tipos de falta de libertad que dejan a los individuos pocas y escasas oportunidades para ejercer su agencia razonada ²³, en otros términos, el desarrollo tiene que aumentar las posibilidades del hombre para que éste pueda potenciar sus capacidades y desarrollarse en la sociedad. Asimismo, Sen arguye que *"el hecho de que centremos la atención en las libertades humanas contrasta con las visiones más estrictas del desarrollo como su identificación con el crecimiento del producto bruto interno, con el aumento de las rentas personales, con la industrialización, con los avances tecnológicos o con la modernización social."*²⁴

De acuerdo a lo dicho anteriormente sostengo, que la pobreza de la renta es una de los principales causantes de la negación de otras libertades como ser la salud, educación y calidad de vida. Sería necio decir que el factor económico no facilita el desarrollo humano de la población. En efecto, los datos estadísticos dan muestra de esto, dado que la mayor concentración de la pobreza se encuentra en los países menos desarrollados. Pero también creo que países como Suecia y Francia con altos PBI tienen extraordinarios indicadores de salud gracias a la implementación de políticas activas y específicas en beneficio de los más necesitados respetando las libertades y derechos fundamentales de toda la población.

Ahora bien, en el mundo en desarrollo también existen algunos ejemplos que demuestran que la renta sólo tiene efectos positivos en el desarrollo humano en tanto y en cuanto exista una clase dirigente comprometida que de prioridad al bienestar de su población canalizando los frutos de la renta en políticas de salud y asistencia social hacia un acceso más equitativo a la salud y educación. Países como Sri Lanka, China y el Estado de Kerala en la India han obtenido grandes beneficios en cuanto a la calidad de vida y educación pese a su pobre crecimiento económico, mejores incluso que países más ricos en renta como ser Brasil, Gabón y Sudáfrica. (ver cuadro página 12).

Estos países dan muestra de que una baja renta también puede dar buenos resultados en materia de desarrollo humano siempre y cuando exista una correcta

²² Declaración de Río. Conferencia de las Naciones Unidas sobre medio ambiente y desarrollo 1992 en PNUD. Informe sobre el desarrollo humano 2000 cap 2 p. 30

²³ Op. Cit. SEN, Amartya. *"Desarrollo y libertad"* p.16

²⁴ Ibid p.19

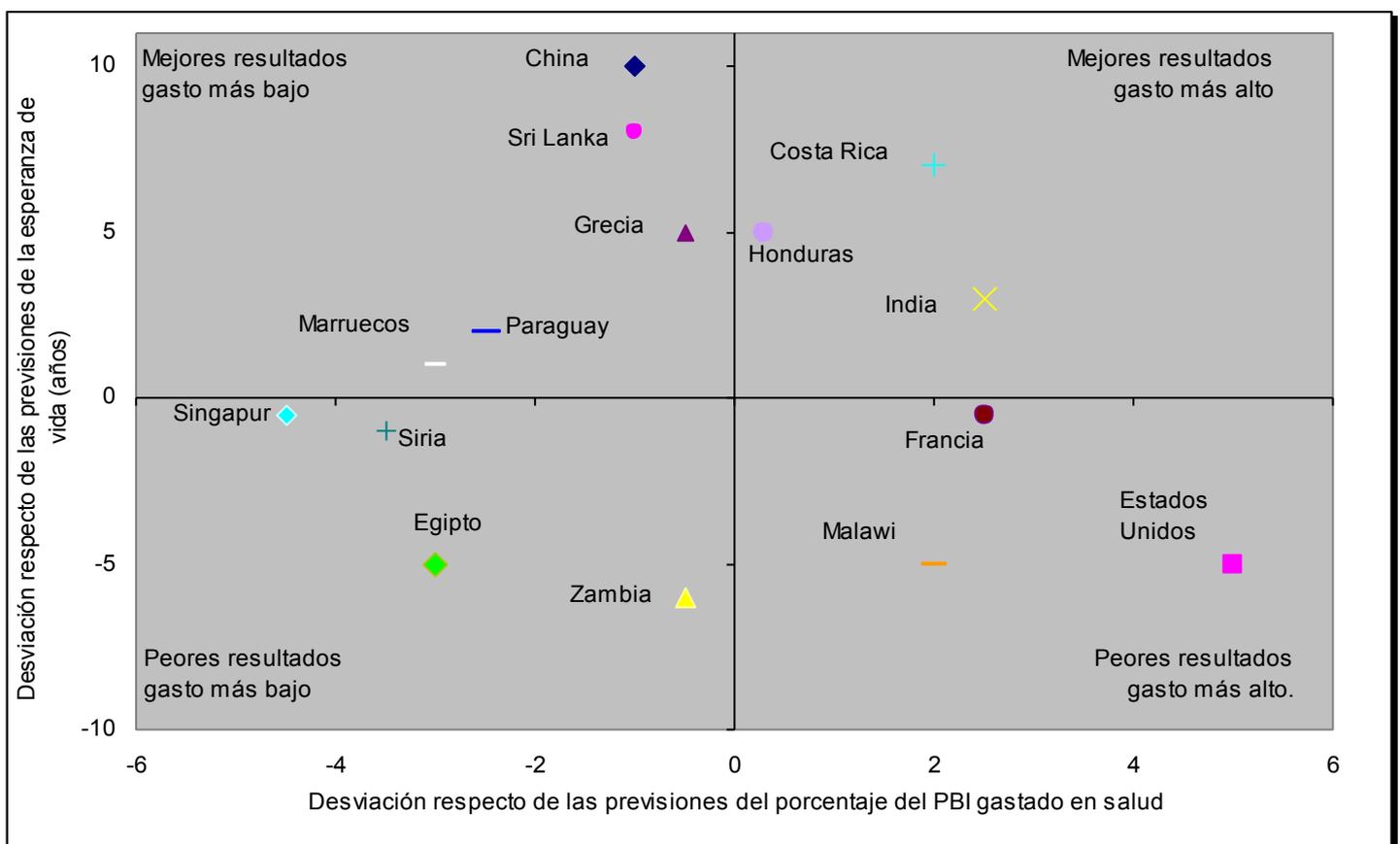
asignación de recursos tendientes a favorecer la equidad, mediante programas de apoyo social integrados e inteligentes y una correcta prioridad de objetivos.

La viabilidad de este tipo de progreso impulsado no por el crecimiento sino por el apoyo a políticas sociales como son la educación básica y la salud primaria, depende del hecho que éstas requieren gran intensidad de mano de obra y dado que en las economías pobres los salarios son bajos, ese tipo de políticas resulta ser menos costosa²⁵.

Sin embargo, las diferencias en cuanto al gasto destinado al sector salud, son solamente el punto de partida en la búsqueda de explicaciones a las diferentes condiciones de salud de los países. En 1990, según el informe del Banco Mundial de 1993, el gasto anual total en salud varió de menos de u\$s 10 en países de Asia y África a más de u\$s 2.700 en Estados Unidos. Si bien, podríamos vaticinar que cualesquiera que sean los niveles de ingreso y educación, un mayor gasto en salud debería dar como resultado mejores condiciones de salud, las pruebas empíricas refutan la existencia de esta relación. El gasto en salud no es la única variable explicativa para determinar las diferencias existentes entre países en esta área. La siguiente figura ilustra las discrepancias: el eje vertical indica hasta que punto la esperanza de vida de un país difiere del valor pronosticado sobre la base de su ingreso y nivel medio de educación. El eje horizontal por otro lado, indica hasta que punto el gasto total en salud difiere del valor pronosticado conforme al ingreso. Veremos a continuación como la ubicación los distintos países no sigue un criterio basado en la renta puesto que los mismos, se encuentran dispersos en todos los cuadrantes de la figura. China, Sri Lanka, Costa Rica y Honduras tienen una esperanza de vida que excede en cinco años o más a la que se pronostica según su PBI. Francia, Singapur y Siria tienen casi la esperanza de vida pronosticada. Por otro lado, Egipto, Estados Unidos, Malawi y Zambia, tienen una esperanza de vida menor a la pronosticada dado sus niveles de ingreso y educación. Con respecto al eje horizontal Egipto, Marruecos, Paraguay, Singapur y Siria, gastan relativamente poco en salud. Estados Unidos, Francia y la India, gastan más de lo previsto. China, por ejemplo gasta todo un punto menos porcentual de su PBI en salud que otros países, y sin embargo obtiene casi 10 años más de esperanza de vida. Singapur,

²⁵ Op. Cit SEN, Amartya "La salud en el desarrollo" p.2

por otro lado, gasta alrededor de 4% menos de su ingreso que otros países de su mismo nivel de desarrollo pero obtiene la misma esperanza de vida. Finalmente, Estados Unidos gasta relativamente más dinero que otros países y sin embargo, sus resultados no son totalmente satisfactorios. Según la evaluación de la OMS de los sistemas de salud de 2000, el sistema de salud de los Estados Unidos es el país que mayor proporción del PBI gasta en salud, sin embargo, según su desempeño, se encuentra en el lugar 37 de 191 países.²⁶ Entonces, los países que estén ubicados en el cuadrante izquierdo superior, tendrán mejores resultados de salud a un menor costo. Por el contrario, aquellos situados en el cuadrante derecho inferior tendrán peores resultados de salud a un mayor costo.



Fuente: Banco Mundial. Informe 1993 "Invertir en salud" p. 55

Queda claro entonces que la renta es sólo un medio para lograr el fin buscado, el desarrollo en términos de bienestar humano y calidad de vida y que, un gran gasto en salud no conduce directamente al mejoramiento de los niveles en esta área

²⁶ OMS. Informe sobre la salud en el mundo "Evaluación de los sistemas de salud del mundo 2000"

puesto que, en primer lugar, los servicios de salud son sólo uno de los factores contribuyentes a los éxitos en materia sanitaria y por otro lado, un gran gasto en salud no refleja la distribución del mismo en la sociedad. De hecho, los servicios sanitarios suelen estar asignados en forma equivocada, lo cual conduce a aumentar el gasto en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos, mientras que el financiamiento de otras medidas críticas y sumamente eficaces como la atención primaria, es insuficiente. A su vez, los sistemas de salud suelen ser ineficientes y malgastar el dinero por ejemplo, en la compra de equipamiento demasiado sofisticado, productos farmacéuticos de marca registrada en lugar de genéricos y finalmente, no tienen en cuenta las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios dejando al margen a los estratos más pobres de la sociedad. Es por ello que las políticas sanitarias son satisfactorias solamente si conducen a mejores resultados en materia de salud, mayor equidad, mayor satisfacción del consumidor y menor costo total.

4 Desarrollo humano en el subdesarrollo económico: La paradoja

La trayectoria del desarrollo humano en las distintas regiones del mundo ha sido muy dispar, hecho que contribuyó al aumento de las desigualdades. En los países africanos y latinoamericanos aumentó la pobreza de la renta, factor que sin duda favoreció al empeoramiento de la calidad de vida. No obstante, los datos empíricos tanto de Kerala (Estado de la India) como de Neuquén (Provincia de Argentina) dan muestra de que es posible el desarrollo humano pese a una situación económica adversa.

Ambas regiones fueron las partícipes de notables avances en materia sanitaria y educativas a un ritmo sorprendentemente rápido pese a su lenta mejoría en materia económica y contexto nacional desfavorable. De hecho, su desarrollo se produjo en forma aislada del resto del país, lo cual llama la atención y las convierte en "dos oasis de desarrollo humano". En breve, las metas alcanzadas por Kerala y Neuquén fueron: a) una rápida reducción de sus índices de mortalidad infantil, b) un sorprendente aumento del nivel de alfabetización en hombres y especialmente en las mujeres, c) mayor atención primaria para toda la población.

Las preguntas que surgen luego de analizar las cifras estadísticas de estas dos regiones son cómo y por qué lograron alcanzar niveles de alfabetización y mortalidad infantil mejores que el promedio nacional e incluso mejores que países desarrollados. Por otro lado será acertado observar cuáles son las variables en común de las políticas implementadas en estas dos regiones tan distintas en cultura pero tan parecidas en voluntades. Por último sería bueno preguntarse si estos dos casos de estudio pueden llegar a ser ejemplos para el mundo en desarrollo dado que lograron, con escasos recursos económicos, obtener niveles de salud y educación altos y por otro lado cabe cuestionarse si estas dos regiones pueden también ser ejemplos para el mundo desarrollado al mostrar que el desarrollo humano no es sólo una cuestión de renta.

Apartado II

En este apartado haré una breve síntesis de las características sanitarias y educativas de Kerala y Neuquén que justificará la elección de estas regiones para la realización de este documento. A su vez, expondré la importancia que posee el análisis de la mortalidad infantil como indicador del grado de desarrollo general de un país. Luego procederé a brindar cierta información específica sobre Argentina y la India para lograr crear un marco coyuntural en el cual se insertan mis casos de estudio y finalmente pondré en evidencia los diversos factores que influyen en la salud que deben tenerse en mente al momento de pensar en la creación e implementación de una política sanitaria eficaz.

1 La elección.

Tanto Kerala, Estado sureño de la India como Neuquén provincia situada al sur-oeste de la Argentina, fueron elegidas entre países del subdesarrollo dado que presentan características muy particulares en lo que respecta a indicadores de desarrollo humano. Estas dos regiones fueron extraídas de dos países cuyo contexto de inestabilidad económica y política no impidió que se convirtieran en regiones desarrolladas en valores relativos y absolutos en comparación con otros países del tercer y primer mundo.

El Estado de Kerala y la Provincia de Neuquén, han experimentado en los últimos 30 años un proceso de transformación muy positiva en sus áreas sociales y sanitarias que las diferencian del resto de sus países. Ambas, implementaron políticas comprometidas en materia de salud y educación que permitieron mejorar sus índices de mortalidad infantil a través, principalmente, de mejoras educativas, mejoras en la cobertura inmunitaria, mejoras en el estado de salud nutricional de las madres y niños, aumento de la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria y a través de la reducción de las desigualdades entre hombres y mujeres.

Dichas modificaciones resultan más sorprendentes al observar el período breve de tiempo y al ritmo diferenciado en el cual se lograron con respecto al resto de cada uno de sus países, resultando por último más notorio el hecho de que el progreso social de ambas regiones se produjo a pesar del lento crecimiento económico.

El corte temporal elegido para analizar el caso de la Provincia de Neuquén es la década del 70, principalmente, debido a que la misma marca una ruptura con la antigua situación sanitaria de la Provincia. Dicho corte se extenderá a la década anterior y a la posterior para mostrar la evolución existente, realizando pues un análisis a través del tiempo. Por otro lado, en el caso del Estado de Kerala, el análisis se realizará comparando este Estado con otros del territorio indio debido a las marcadas diferencias presentes entre éstos y principalmente dado que las mejoras de salud en Kerala tuvieron un carácter progresivo lo cual impide marcar un punto de partida para el análisis.

2 Mortalidad infantil.

La variable de fondo del estudio para ambos casos está constituida por la mortalidad infantil. Este indicador expresa la probabilidad de muerte de un recién nacido desde el nacimiento hasta el primer año de edad expresada por cada 1000 nacidos vivos. Puesto que el mismo, es un indicador muy sensible a las condiciones sociales y ambientales, refleja muy bien el riesgo de mortalidad del niño durante el período más vulnerable de la infancia. *"En general se acepta que el proceso de crecimiento y desarrollo del niño es muy sensible a las condiciones de vida adversas, que expresan características ambientales, económicas, históricas, culturales y político ideológicas de los conjuntos sociales, alcanzan un fuerte impacto en la probabilidad de enfermar y secundariamente, morir en ese tramo de la vida"*²⁷ es por ello que es un buen indicador para medir el grado de desarrollo de un país.

De hecho, una alta mortalidad infantil suele estar asociada a ciertos problemas sociales tales como la falta de educación, la discriminación de la mujer, a la incapacidad de los sanitaristas de brindar asistencia primaria a los niños menores de un año, a los problemas ambientales que pueden estar aún presentes en la fase de crecimiento de la renta de un país o a la falta de políticas integrales que creen un ambiente favorable para el desarrollo del niño. Así pues, una mortalidad persistentemente alta es un indicador de que no se cubren las necesidades de salud de una población²⁸, ya sea por deficiencias en los recursos del sistema médico

²⁷ OPS. "Mortalidad infantil: un indicador de la gestión local" publicación n° 46 Buenos Aires, Argentina p.15

²⁸ Op. Cit WERNER, David; SANDERS, David. "Promesas incumplidas". Introducción, p. 3

propiamente dicho, o por deficiencias en la infraestructura de los servicios públicos. La ineficiencia de la mayoría de los sistemas de salud se da como consecuencia del modelo de atención centrado en la curación o reparación de la enfermedad en vez de priorizar la prevención de la enfermedad, lo cual implica un mayor costo para el Estado.

Al analizar la mortalidad infantil, también se deben examinar las causas de muertes pues éstas dan muestra del grado de desarrollo de un país y permiten detectar las áreas de mayor vulnerabilidad del mismo. Las enfermedades parasitarias, infecciosas o por desnutrición que suelen ser altamente prevenibles son las vedettes del mundo subdesarrollado poniendo en evidencia las carencias de los sistemas sanitarios. Es el caso de la diarrea, una de las principales enfermedades infantiles. Una de cada cuatro muertes de niños se debe a la diarrea y de estas muertes, el 99,6 % tiene lugar en el tercer mundo.²⁹

3 Casos de estudio: aspectos generales

3.1 Perfil de la India

La India, situada en el continente asiático, cuenta con un territorio de alrededor de 3.3 millones kilómetros cuadrados. Su exorbitante dimensión y su población de poco más de 945 millones de habitantes la convierte en la democracia más grande del mundo. El país está regido por un sistema federal constituido por la unión de 26 Estados y seis territorios administrados desde el centro. Se independizó de su metrópolis en 1947 y su Constitución entró en vigor en 1950.³⁰

El sistema político de la India tiene la forma parlamentaria de gobierno basada en el sufragio universal. La autoridad ejecutiva es responsable ante los representantes elegidos del pueblo en el parlamento. El Presidente de la India es el Jefe de Estado y el Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas, es elegido por un colegio electoral integrado por los miembros de la Cámara del Parlamento, el Consejo de Estados y la Cámara del Pueblo, y las Asambleas Legislativas de los Estados constituyentes. En el ámbito de los Estados, cada uno de ellos, tiene sus propias asambleas legislativas y en ciertos casos una segunda cámara. Los jefes de

²⁹ Ibid. Cap 6, p.1

³⁰ www.meadev.gov.in

cada Estado, los gobernadores, ejercen los mismo poderes que el Presidente en el gobierno central pero en sus territorios.

La situación económica actual de la India es bastante preocupante. Su reducido PBI per cápita de u\$s 370 la convierte en una de las economías más pobres del mundo en términos de renta. A su vez, el subdesarrollo no sólo se evidencia en la falta de recursos materiales sino que el nivel sanitario de la población india en general, también es muy precario. Los alarmantes indicadores de salud como la alta mortalidad infantil que en promedio era de 69 por mil en 1998³¹, la baja tasa de alfabetización de 69 % para los adultos hombres y de 42% para las mujeres según las ultimas estadísticas del UNICEF³² y la esperanza de vida de solo 63 años³³ dan muestra del pobre desarrollo humano de este país. Asimismo, existe una gran falta de infraestructura evidenciada en el 71 % de los lugareños que viven en lugares sin saneamiento³⁴ lo cual hace que las enfermedades parasitarias se encuentren a la orden del día.

Sin embargo, las estadísticas nacionales enunciadas anteriormente ocultan la gran heterogeneidad que presentan los Estados de la India en indicadores de salud y desarrollo. Por ejemplo, la desnutrición de niños entre el primer año de vida y los 5 años varía del 13 % en el Estado de Megahalaya al 77% en el Estado de Gujarat. Por otro lado, los Estados de Madhya Pradesh y Orissa, son los más afectados por la desnutrición adulta, patrón que se repite en los niños, lo cual es un factor explicativo de la elevada tasa de mortalidad infantil de 110 y 120 por mil respectivamente. De hecho, estas tasas son bastante más altas que la del promedio nacional que es 69 y extraordinariamente más elevada que otros Estados como Kerala quien tiene una tasa de mortalidad infantil de 12 por mil³⁵.

3.1.1 Kerala

Ahora bien, en lo que respecta al Estado de Kerala, éste se formó en 1956 y en 1957 se realizaron las primeras elecciones democráticas en las cuales ganó el

³¹Op. Cit Werner, David; SANDERS, David “Promesas Incumplidas” cap 11, p 1

³²UNICEF. Indicadores básicos de la India.

³³Op. Cit. WERNER, David; SANDERS, David “Promesas incumplidas” Cap 11, p1

³⁴El Mundo. REYES GUITIAN, Belén “ La india tiene desde hoy 1000 millones de habitantes” 11 de mayo de 2000

³⁵FAO. “ Perfiles nutricionales por países. India”

partido comunista. Este Estado sureño de la India representa uno de los más pequeños del país con un territorio de 38,863 kilómetros cuadrados lo que representa el 1.2 % del total del país y tiene una población de 29 millones de habitantes³⁶.

Kerala se ha convertido en los últimos años en un Estado a la vanguardia del desarrollo dentro del subdesarrollo de la India. Dan muestra de ello, la espectacular caída de la natalidad, característica de los países desarrollados, la caída de la tasa de mortalidad infantil, la alta tasa de alfabetismo y el aumento de la longevidad.

Mientras la esperanza de vida promedio de la India llegaba apenas a los 63 años en 1998³⁷ condenando a este país a la lista de subdesarrollados, ya para 1990 la esperanza de vida de Kerala era de 74 .7 años³⁸, índice que se asemeja a la esperanza de vida de países como Estados Unidos 77años, Corea del Sur 73 años, y Republica Checa 74 años³⁹. Sin embargo, al observar el PBI per cápita de Kerala de u\$s 300 ⁴⁰ y ver el PBI per cápita de los países nombrados anteriormente de u\$s 29080, u\$s 10550 y u\$s 5240 respectivamente⁴¹ vemos el extraordinario desempeño de este pequeño Estado sureño en cuanto a brindar ayuda social. Asimismo, Kerala también se destaca del resto de la India y de muchos países del primer mundo en materia educativa pues cuenta con un porcentaje de alfabetización de casi el 100 %⁴² siendo digna la comparación de este Estado con países más desarrollados como Estados Unidos y España que por ejemplo tienen un porcentaje de alfabetismo del 99% y del 97% respectivamente mientras que el porcentaje en los niveles de alfabetismo en el cual se colocan los países con PBI similares al de Kerala como la India y Egipto es de 50% y de 51%⁴³ respectivamente.

Lo sorprendente de los logros alcanzados por Kerala, también radican en que los mismos están distribuidos en forma muy pareja y homogénea, a lo largo de todo

³⁶ www.kerala.gov

³⁷ Op. Cit. WERNER, David; SANDERS, David “Promesas incumplidas”. cap11, p.1

³⁸ Infromando y reformando. “ Boletín de la alianza para la investigación en políticas y sistemas de salud” n° 3 marzo 2001, p. 14

³⁹ Op. Cit WERNER, David; SANDERS, David “Promesas incumplidas” cap 11, p .1

⁴⁰ FRANKE, Richard W. “Lessons in Democracy from Kerala State”, University Lecture. India, .marzo 1999 p.1

⁴¹ Op. Cit WERNER, David; SANDERS, David “Promesas incumplidas”. Cap 11, p.1

⁴² Op. Cit FRANKE, Richard W “Lessons in Democracy from Kerala, India” p.5

⁴³ Op. Cit WERNER, David; SANDERS, David “Promesas incumplidas” cap 11, p 1

el territorio keraliano, tanto a nivel rural como urbano, desde las castas más pobres a las más ricas y entre hombres y mujeres.

3.2 Perfil de la Argentina

Ahora bien, la situación de la Argentina, el país más austral del continente americano, evidencia características similares a las de India dado que ambos países presentan una doble realidad en materia sanitaria y de desarrollo humano a lo largo y a lo ancho de su vasto territorio.

La Argentina cuenta con una población de 37 millones de habitantes distribuidos en forma muy dispar en el territorio de 2,780,400 kilómetros cuadrados⁴⁴. Al igual que la India, la Argentina, durante el período de nuestro análisis tuvo un sistema democrático interrumpido por un régimen militar cuyas implicancias no afectan el resultado del mismo. Si bien la Argentina cuenta con un sistema político de carácter federal dividido en 23 provincias, existe una gran dependencia económica por parte de las provincias para con la Capital Federal, Buenos Aires. Pese a ello, el sistema federal permite a cada provincia ser autónoma del gobierno nacional en materia legislativa permitiendo que cada una de ellas cuente con su propia Constitución y Ministerios. El sistema de gobierno es presidencialista lo cual implica que el presidente es elegido por el pueblo por voto universal y que aquel no es responsable ante el poder legislativo quien también es elegido por el pueblo.

Desde el punto de vista económico, la crisis del modelo agro exportador en la primera mitad del siglo y el temprano desarrollo de la actividad industrial favorecieron un rápido proceso de urbanización. Pero los cambios que se inician en la década del 70 como consecuencia de la crisis de la deuda comenzaron a producir un gran deterioro de la capacidad productiva para crear empleo en las zonas urbanas. Como consecuencia, se produjo un aumento de la desocupación y una caída de los salarios. El progresivo deterioro económico llevó a que comenzaran a realizarse algunos ajustes en el presupuesto nacional lo cual llevó a la disminución de la inversión pública en materia social. En este contexto de crisis económica, aparecen las villas miserias a lo largo del país, "*barríos ilegalmente construidos*

⁴⁴ OPS "Argentina, situación de salud tendencias 1986-1995" publicación n° 16 Buenos Aires 1999 p. 3

*ubicados en zonas marginales, carentes de infraestructura mínima ni asistencia básica*⁴⁵. Al mismo tiempo que se produce una pauperización de varios sectores de la sociedad, la dinámica de concentración de riqueza en la Argentina se va asemejando a la dinámica global de polarización de recursos en manos de unos pocos.

Pero, pese a los problemas económicos de las últimas décadas, la Argentina siempre estuvo considerada como un país desarrollado en términos de PBI per cápita, aunque el crecimiento económico fue muy dispar y nunca estuvo acompañado por mejorías en el bienestar de la población. La falta de políticas sociales tendientes a distribuir en forma equitativa los recursos de asistencia básica estuvo acompañada por un proceso de incorporación de servicios de tecnología de punta. Esta dinámica llevó a que se produjera una cobertura intensiva y de alta tecnología en grupos aislados de la Argentina dejando al resto de la población al margen de cualquier tipo de asistencia médica.

La falta de políticas sociales se ve reflejada en el estudio comparativo realizado por el UNICEF en 1997 entre la Argentina y Costa Rica. Al tomar este caso, vemos que en 1970 este país tenía una tasa de mortalidad infantil de 61.5 por mil mientras que la de Argentina era de 62 por mil. A partir de ese año Costa Rica, adhiriendo al plan de reducción de la mortalidad infantil propuesto por el Plan decenal para las América 1970-1980, implementó una serie de medidas de extensión de servicios logrando reducir en sólo 10 años, el índice de mortalidad infantil a 22.1 por mil, porcentaje similar a la que hoy, 30 años más tarde, ostenta nuestro país⁴⁶.

Si bien la Argentina es un país con un PBI per cápita medio, su situación sanitaria la coloca dentro del grupo de países subdesarrollados. Al comparar nuestro país con países del primer mundo, vemos que para 1970 la Argentina tenía una mortalidad infantil de 62 por mil mientras que la mortalidad infantil de Suecia en 1977 era solo de 8 por mil y de Chile era de 53 por mil en 1976⁴⁷. Lo sorprendente surge al desagregar las causas de las muertes infantiles dado que se observa el grado de retraso de la Argentina en materia sanitaria y social. Del 62 por mil de

⁴⁵ ONU- Argentina Pobreza “Análisis de la situación de la infancia en la Argentina”-UNICEF p.1

⁴⁶ MORENO, Elsa. “Morbimortalidad en la niñez” p.74.en “Hoy y mañana: salud y calidad de vida para la niñez argentina” 1998

⁴⁷ BELLO, N Julio. “Políticas de salud 1976/81” p 9 en Revista CIAS del Centro de investigación y acción social n° 307/308 octubre 1981.

muerres infantiles, el 30 % de las mismas en Argentina, eran provocadas por enfermedades infecciosas, diarrea y desnutrición mientras que en Suecia sólo el 0,62 % y en Chile el 26% de las muertes infantiles se registraban por dichas causas⁴⁸.

Pese a lo recientemente señalado, al igual que en la India, la evolución de la mortalidad infantil en la Argentina ha sido muy dispar y el promedio nacional de los indicadores no permite ver el éxito de algunas regiones que han tenido buenas performances en salud y educación. Las cifras de las diferentes regiones acusan grandes contrastes entre las mismas reflejando distintos grados de desarrollo por ejemplo, en lo que respecta a la tasa de natalidad, índice que suele aumentar la mortalidad infantil y materna. A su vez, la heterogeneidad del desarrollo de las provincias se evidencia en las diferencias exorbitantes de los indicadores de mortalidad infantil. Por ejemplo, en 1989, la jurisdicción con mayor tasa de dicho indicador registró una cifra 127% más elevada que la de menor tasa⁴⁹.

3.2.1 Neuquén.

Ahora bien, Neuquén, logró destacarse durante la década del 70 debido a su rápida reducción de la mortalidad infantil y mejoramiento de las condiciones de vida de su población. Esta provincia, cuenta con un territorio de 94,079 kilómetros cuadrados y está situada en el extremo sur-oeste de la patagonia con una población de 154.570 habitantes en 1970⁵⁰. Las mejoras en salud y la educación, fueron los principales objetivos a alcanzar en la estrategia de desarrollo de esta provincia convirtiendo a la misma en un oasis de desarrollo humano.

La marcada declinación de la mortalidad infantil estuvo asociada principalmente a la subordinación de la actividad económica a los objetivos sociales. Hacia comienzos de la década del 70, Neuquén registraba una cifra de mortalidad infantil de 108,5 por mil, siendo ésta la más alta del país. Pero a partir de ese año comenzó a experimentar una tendencia progresiva y descendente hasta llegar a una cifra de 32,5 por mil en 1980⁵¹. A su vez, se extendió el acceso a los servicios

⁴⁸ Ibid. p.11

⁴⁹ ONU- Argentina SALUD “Análisis de la situación de la infancia en la Argentina” .p.13

⁵⁰ GARCIA BATES, Alicia; PERRONE, Néstor “ Mortalidad infantil en la provincia de Neuquén, estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980” diciembre 1983 p.15

⁵¹ Op. Cit MORENO, Elsa “Morbimortalidad en la niñez” p.74

médicos aumentando la oferta de los servicios menos complejos destinados a proporcionar asistencia primaria y se logró mejorar los índices de alfabetismo en forma aislada del resto del país convirtiendo a Neuquén en la provincia ejemplar en términos de desarrollo humano.

4 Factores que influyen la salud.

Durante décadas se pensó que los avances tecnológicos eran los factores que más influían en el mejoramiento del estado de salud de la población. De allí que muchos países dedican gran parte de los recursos económicos en desarrollar o comprar aparatos de alta tecnología. Esta forma de analizar los factores que determinan el estado de la salud llevó a un exagerado aumento del gasto de recursos en la creación de hospitales, laboratorios y prescripción de drogas.

Sin embargo, en los últimos años, diversos estudios han demostrado que la salud está influenciada tanto o más por factores sociales que trascienden el campo de la medicina que por los avances de la ciencia en sí misma. Autores como Marc Lalonde afirman que, si bien la salud está influenciada por un factor genético que predispone al individuo a determinadas enfermedades y por el sistema de salud que ofrece los cuidados médicos necesarios, la misma también depende de factores extrasectoriales como ser del medio ambiente en el que se mueve el individuo y el estilo de vida que cada uno adopte. Por medio ambiente Lalonde entiende "*all those matters related to health which are external to the human body and over which individual has little or no control. Individual cannot ...ensure that foods, drugs, water supply etc. are safe...*"⁵² (todas aquellas cuestiones relacionadas con la salud que son externas al cuerpo humano y sobre las cuales el individuo tiene poco o ningún control. El individuo no puede garantizar que los alimentos, las drogas, el agua etc. sean seguros). A su vez, Lalonde define el estilo de vida como "*the aggregation of decision by individuals which affect their health and over which they more or less have control*"⁵³ (el agregado de decisiones de los individuos que afectan su salud y sobre las cuales ellos tienen algún grado de control).

⁵² LALONDE, Marc "A new perspective on the health of Canadians" Ottawa abril 1994 p.32

⁵³ Ibid p. 32

Esta nueva visión sobre los factores que influyen en la salud lleva una nueva conclusión que estima que *"el estado de salud es una resultante de factores interdependientes cuya influencia difícilmente pueda medirse en forma aislada"*⁵⁴ y en palabras de Lalonde, *"...economic circumstances, health education, attitudes and facility of physical access to health care, as well as improved pre natal care, are the principal factors to be considered in lowering the rate of infant mortality"*⁵⁵ (las circunstancias económicas, la educación para la salud, las actitudes y facilidades de acceso físico a los sistemas de salud así como también , las mejoras en el cuidado prenatal, son los principales factores a considerar para bajar las tasas de mortalidad infantil), y arguye que *"all the foregoing environmental conditions create risks which are far greater threat to health than any present inadequacy of the health care system"*⁵⁶ (todas las condiciones medioambientales precedentes crean riesgos que son más amenazadores para la salud que cualquier ineficiencia presente en los sistemas de salud). A partir de este enfoque, se debe entender a la salud como una construcción social que está influida en forma directa por enfermedades e indirectamente por factores externos al ámbito médico y que, si bien los avances en la medicina son de gran ayuda para mejorar la salud de la población, *" the pathway to healthy functioning is not exclusively or even mainly through the laboratory, but more through society and economy"*⁵⁷ (el camino hacia un funcionamiento sano no es exclusivamente ni aún en primer lugar, a través del laboratorio, sino más bien a través de la sociedad y la economía).

Un ejemplo empírico de esto, surge al analizar el caso de Inglaterra en el siglo XIX. En esa época, las principales causas de mortalidad eran las enfermedades infecciosas como sarampión, diarrea, neumonía y tuberculosis. Si bien es cierto que el desarrollo de la vacuna BCG ayudó notablemente a la disminución de las muertes por tuberculosis, existen varios estudios que demuestran que el descenso de muertes se dio muchos años antes del descubrimiento en 1950 de dicha vacuna.⁵⁸

⁵⁴ Op. Cit. BELLO, Julio N *"Políticas de salud 1976/81"* . p 3

⁵⁵ Op. Cit LALONDE, Marc *"A new perspective on the health of Canadians"* p. 14

⁵⁶ Ibid p .18

⁵⁷ MILLER, S.M *"Thinking strategically about Society and Health"* p. 346 en *"Society and Health"*. Oxford University Press, New York, 1995

⁵⁸ ILLICH, Ivan. *"Medical Nemesis. The expropriation of health"* Bantam Books p.5

Dada esta premisa, podemos sostener que el factor que realmente influyó en el descenso del contagio de la tuberculosis y las muertes por esta enfermedad fue un gran adelanto en las condiciones de vida, de trabajo y nutrición de la clase obrera y trabajadora lo cual redujo la situación de miseria en la cual vivían las personas de esa época. En síntesis, las profundas mejoras en la salud en la población inglesa se debieron principalmente a progresos en el medio ambiente y estilos de vida.

De los datos recientemente expuestos, es de esperar que cualquier política de salud que pretenda ser exitosa al momento de generar cambios en la condición sanitaria de una población debe trascender el campo de la medicina propiamente dicho e incluir diversos aspectos que, sin ser estrictamente de carácter médico, afectan la salud. De ahí que Kerala y Neuquén resultan ser dos casos de estudio apropiados para verificar lo expuesto anteriormente.

Apartado III

En este nuevo apartado expondré, las políticas comunes que llevaron a cabo tanto Kerala como Neuquén en su búsqueda por mejorar la calidad de vida de los lugareños. Haré mención del fuerte compromiso político que persistió en ambos lugares durante toda la implementación de la reforma sanitaria. Luego expondré el rol que jugó cada uno de los Estados, tanto en Kerala como en Neuquén, para finalmente describir brevemente los elementos semejantes de la política integral llevada a cabo. Por razones prácticas la misma se dividió en aspectos no sanitarios y aspectos estrictamente sanitarios. Finalmente, haré una breve reseña acerca de la estrategia detrás de la acción implementada como forma de teorizar las políticas llevadas a cabo.

Elementos comunes de las políticas de Kerala y Neuquén.

1 Compromiso Político

Tanto Kerala como Neuquén, implementaron una política integral de desarrollo que les permitieron alcanzar altos niveles de salud a bajo costo. Ambas regiones se esforzaron por cubrir en forma universal, las necesidades básicas de sus habitantes consiguiendo niveles excepcionales en los indicadores de bienestar, bajas tasas de mortalidad infantil y desnutrición sin evidenciar un gran crecimiento económico. El principal factor que incidió en la mejora de la calidad de vida y salud de la población keraliana y neuquina fue, la presencia de un alto compromiso político en la búsqueda de la equidad en el acceso a los servicios básicos. La importancia de este factor fue decisiva para garantizar el acceso a los servicios de salud al lograr derribar las barreras sociales y económicas que existen en perjuicio de una mayor accesibilidad a los servicios médicos. *“La accesibilidad se refiere a la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población en relación con barreras de diversa índole”*⁵⁹ ya sean económicas, geográficas o culturales.

Por otro lado, se hizo gran hincapié en la mejora de la educación de toda la población con especial énfasis en la educación primaria, una distribución equitativa

⁵⁹ HAMILTON Gabriela “Exclusión de la protección social en la salud en Argentina: tres enfoques metodológicos.” Ediciones AES 2000. p .5

de las medidas de salud y atención primaria de salud y por último, el aseguramiento de la ingesta calórica adecuada en todos los niveles de salud principalmente, en la población de riesgo, niños y madres.

Su implementación, se planteó mediante una estrategia diseñada desde arriba en el caso de Neuquén en donde el Estado fue el encargado de generar la oferta de los servicios e incentivar la demanda de los mismos, y mediante una estrategia desde abajo en el caso de Kerala en donde la demanda fue generada desde los propios beneficiarios movilizados lo cual incentivó la oferta de servicios. Pero, pese a la diferente estrategia utilizada en estas dos regiones en lo que respecta a la demanda de los bienes, la oferta siempre estuvo en manos del Estado lo cual favoreció una mayor equidad en el goce de los servicios por parte de la población al asegurarse su gratuidad.

2 El deber del Estado.

El rol del Estado fue fundamental en la implementación de las políticas de salud tanto en Kerala como en Neuquén. En ambas regiones se reorientaron las prioridades políticas con el fin de cubrir las necesidades básicas de la gente dejándose a un lado el modelo de crecimiento a cualquier costo. El Estado jugó un papel decisivo en la provisión de los bienes tanto de salud como de educación dejando al sector privado al margen en este proceso en contradicción con la tendencia global de reducción de las funciones del Estado como proveedor de bienes y el aumento de inversores venidos del campo del capital con la mira puesta en la ganancia, para la oferta de servicios en el mercado de la salud.

En un contexto de mercado abierto de la salud, el "*paciente deviene un cliente*",⁶⁰ se pone el acento en el control de costos y la eficiencia económica contra la ética médica y la equidad. El Estado se convierte en un estorbo mientras que "*el mercado es visto como la maquinaria que mediría las virtudes de un país.*"⁶¹ Pero, si bien el mercado es una construcción social eficiente para la asignación de recursos, presenta numerosas fallas inherentes al mismo que suelen ser en perjuicio de los

⁶⁰ Boletín "Reflexiones sobre la lógica social y la lógica económica en salud pública" en Consejo de certificación de profesionales médicos año 4 n°XIV en Documento de consenso de la comisión de salud pública del CCPM marzo 1999 p. 1

⁶¹ Op. Cit KLIKSBURG, Bernardo "¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?" p. 249

grupos más vulnerables de la sociedad. Por otro lado, el mercado de la salud no se comporta como un mercado típico pues el paciente carece en general de libertad para elegir lo que consume y cuándo lo consume. Finalmente, la salud está reconocida como un derecho fundamental en la mayoría de las constituciones y tratados internacionales por lo cual, el mercado no puede ni debe ser el único proveedor de este bien pues éste no es capaz de asegurar el goce de este derecho a toda la población.

Entonces, puesto que el mercado suele ser incapaz de llevar a cabo procesos de inclusión o asignar de forma equitativa los recursos, el Estado debe liderar este proceso para lograr debilitar los "*círculos perversos de inequidad*"⁶² puesto que los mismos interactúan con otros círculos perversos como el de "*familia pobre, educación incompleta, desocupación, pobreza*" o, "*falta de acceso a bienes básicos como agua potable, electricidad o instalaciones sanitarias, mala salud, dificultades laborales*" o el de "*delincuencia, imposibilidad de reinserirse en el mercado laboral, probabilidad de reincidir en la delincuencia.*"⁶³

Es por ello que, los gobiernos de Kerala y Neuquén, han asumido un rol activo en la provisión de servicios primarios que según la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma Ata (Kazajstán) en 1978 implica: educación, una correcta nutrición, suministro de agua, saneamiento básico, asistencia materno infantil, control de endemias locales, inmunización contra enfermedades infecciosas entre otras cosas. Dicha intervención del Estado, no trató de volver a las visiones pasadas de un Estado omnipotente sino que se pensó en un modelo de Estado más eficiente a la hora de encontrar soluciones a los problemas sociales. En otros términos, tanto Kerala como Neuquén reestructuraron las funciones del Estado creando una estructura que en palabras de Bernardo Kliksberg podría llamarse un "*Estado social inteligente*"⁶⁴, es decir, un Estado articulado en redes productivas con la sociedad civil y con los mismos pobres con el fin de mejorar las condiciones de vida de toda la población sin excluir a los más desfavorecidos.

⁶² Ibid p.252

⁶³ KLISKBERG, Bernardo "Los escenarios sociales en America Latina y el Caribe" en Revista Panamericana de la salud pública, 2000 p.109.

⁶⁴ Op. Cit KLISKBERG, Bernardo "Cómo reformar el estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000" p.252

La intervención del Estado en Kerala y Neuquén, favoreció el aumento de la igualdad social y una mayor equidad en el acceso a los servicios al convertir el desarrollo humano en un problema público. Esto, logró que se realizaran mejoras notables en los niveles de salud especialmente en la mortalidad infantil, en forma diferenciada del contexto nacional, al garantizar la existencia y accesibilidad de ciertos servicios básicos tratando de mantener un adecuado nivel cualitativo de los mismos.

3 Política integral

Detrás de cada muerte infantil es posible descubrir alguna situación de riesgo como ser la falta de educación de los padres, la falta de saneamiento adecuado, alta fertilidad o la falta de alimentos. Esto implica que el descenso de la mortalidad infantil sólo puede lograrse a través de políticas que contemplen las distintas dimensiones del desarrollo humano, basándose en una distribución equitativa de los servicios.

Los dos casos de estudio, crearon una estrategia de salud integral, ajustándose a la pobreza estructural existente en ambas regiones que combinó los efectos positivos de la evolución de la vivienda, la educación, el rol de la mujer, el aumento de la participación popular y regionalización de la infraestructura sanitaria con aspectos estrictamente sanitarios, como factores determinantes para la reducción de la mortalidad infantil.

De esta forma, tanto en Kerala como en Neuquén, no se concibió la reducción de la mortalidad infantil como el resultado de una política aislada de salud sino como la resultante de un esfuerzo de integración organizacional y coordinación para modificar los distintos factores que tienen gran impacto en la evolución de dicho indicador.

3.1 Aspectos no sanitarios.

Vivienda:

La vivienda constituye un factor sumamente importante de considerar al momento de evaluar la condición sanitaria de una población y de implementar políticas tendientes a mejorarla dada la influencia directa de ésta en la salud,

principalmente la de los recién nacidos. Las malas condiciones habitacionales y el hacinamiento son factores que tienden a aumentar la mortalidad infantil como consecuencia de la vulnerabilidad de los niños a las condiciones adversas del entorno.

A su vez, los progresos en el nivel cuantitativo y cualitativo de la vivienda resultan ser un indicador muy significativo de las características del nivel socioeconómico de una población determinando la capacidad de la comuna de acompañar el crecimiento demográfico de una forma adecuada.

La situación general de la vivienda en Neuquén, en el período estudiado (1960 – 1980) da muestra de un gran crecimiento del parque de viviendas en un 170%, porcentaje muy superior al crecimiento poblacional que fue de 121%⁶⁵. De hecho, el aumento del número de viviendas pudo absorber el crecimiento de la población, favoreciendo a la reducción de la cantidad de ocupantes por vivienda evitando de esta forma el hacinamiento. Así pues, el porcentaje de viviendas con gran cantidad de miembros, 8 o más personas que constituían el 16 % en 1960, para 1980 logró reducirse solo al 8 % mientras que las familias compuestas de 4 miembros aumentaron del 50 % al 58 % durante 1960 y 1980.⁶⁶

Hubo también un gran cambio cualitativo operado en las viviendas debido al proceso de urbanización y modernización produciendo una notable disminución de la vivienda precaria y mejorando la calidad de vida de sus ocupantes. Durante este período, se produjo un gran descenso de viviendas precarias y ranchos del 36,2% en 1960 al 17,6% en 1980 con una variación porcentual de – 51,4 % mientras que aumentó en un 31,6% el porcentaje de casas y departamentos⁶⁷ con instalaciones y servicios adecuados favoreciendo al mejoramiento de las condiciones de vida de los neuquinos.

En Kerala, también se le dio gran importancia a las características cualitativas de las viviendas como parte de la política integral para la reducción de la mortalidad infantil. A partir de 1985 se creó el primer centro de la construcción “*Nirmithi Kendra*”⁶⁸ de la India. En centro fomentó técnicas de construcción económicas y

⁶⁵ Op. Cit GARCIA BATES; Alicia; PERRONE, Néstor “ Mortalidad infantil en la provincia de Neuquén, estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980” p. 68

⁶⁶ Ibid p.71

⁶⁷ Ibid p.71

⁶⁸ www.habitat.aq.upm.es “Estrategia de construcción y vivienda económica y ecológica 2000” p.1

ecológicas para brindarle vivienda a las miles de personas desprovistas de hogares. Este programa de creación de vivienda se basó en la integración y participación de los beneficiarios en la construcción de las mismas, en la utilización de materiales innovadores y disponibles en el lugar y la reducción del empleo de materiales de alto consumo energético (cemento y acero). El éxito de la iniciativa se debió principalmente al compromiso de los beneficiarios en la gestión y a la selección y adopción de materiales alternativos de construcción que permitieron ahorrar cerca del 30 % de los costos y a su vez, al crearse miles de viviendas públicas se favoreció a la estabilización del precio de la misma.

El gobierno organizó diversos programas de carpintería, plomería, y otros oficios relacionados con la vivienda para calificar a los obreros en este tipo particular de construcción logrando así el perfeccionamiento de jóvenes y mujeres en esta materia. Asimismo, más de 75 castas y tribus han recibido formación técnica en este tipo de construcción favoreciendo la transferencia de tecnología, más aún, cerca de 2000 mujeres han recibido formación especial en oficios como albañilería, alfarería y paisajismo lo cual contribuyó a reducir la discriminación en detrimento de ésta y fomentó la participación de la mujer en la vida comunitaria⁶⁹.

Los cambios operados en ambas regiones en lo que respecta a la vivienda y la creciente modernización, sin duda influyeron directa e indirectamente sobre la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de las condiciones de vida. Directamente, debido a que la reducción de las malas condiciones habitacionales como el hacinamiento, redujeron los factores de riesgo que perjudican la salud de la población. Indirectamente debido a que el proceso de construcción de viviendas en ambas regiones, produjo un aumento del empleo generando en primer lugar, una mayor distribución del ingreso por la incorporación de mano de obra asalariada en la industria de la construcción lo cual aumentó el poder adquisitivo de la población brindando mayores posibilidades para acceder a distintos servicios, y en segundo lugar, fomentando la trasmisión de tecnología y capacitación de la población, especialmente en Kerala.

⁶⁹ Ibid p.10

Infraestructura y tecnología.

Muy relacionado con la vivienda y el medio ambiente podemos hacer mención a la gran mejoría en infraestructura y tecnología que experimentaron Kerala y Neuquén. Bajo el término de infraestructura y tecnología se agrupan una serie de indicadores que influyen directamente en la calidad de vida de una población tales como, el agua potable, servicios sanitarios, alumbrado, transporte y comunicaciones. Los mismos, en particular el agua potable y servicios de cloacas, son infaltables a la hora de hablar de desarrollo social por su efecto positivo en la salud. A su vez, las redes telefónicas, al facilitar las comunicaciones e información, resultan ser fundamentales en los planos más elementales de las estrategias llamadas a tener un creciente rol en el desarrollo social.

En Neuquén, el período de 1960 a 1980 se caracterizó por un notable aumento de la infraestructura y modernización de la vivienda. Se incrementó la red pública de abastecimiento de agua y se mejoraron los sistemas sanitarios y de alumbrado. En efecto, el porcentaje de viviendas conectadas a la red pública aumentó de 42,6% a 74,9% disminuyendo el porcentaje de viviendas que extraían agua de pozo de un 28,7 a un 4,7%⁷⁰.

Esta mejora de la infraestructura en la vivienda, sin duda influyó notablemente en el descenso de la mortalidad infantil puesto que el aumento de la accesibilidad del agua potable contribuye a mejorar las condiciones higiénicas, evitando la creación de los caldos de cultivo de infecciones o enfermedades parasitarias propias del subdesarrollo.

Con respecto a los servicios sanitarios, expresado en la disponibilidad de retretes con descarga de agua, la variación porcentual en el período 1960 y 1980 fue de un valor de 89% para toda la provincia y del 113.3% para las viviendas rurales⁷¹. Las viviendas carentes de este servicio disminuyeron notablemente en un 73, 8%⁷². A su vez, la disponibilidad de energía eléctrica fue otro de los servicios que se extendió a lo largo de Neuquén, en zonas urbanas como rurales.

⁷⁰ Op. Cit GARCIA BATES, Alicia; PERRONE, Néstor “ Mortalidad infantil en la provincia de Neuquén, estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980” p. 81

⁷¹ Ibid p. 81

⁷² Ibid. p.79-83

Asimismo, cabe destacarse la mejora operada en los medios de transporte y caminos. De hecho, se incrementó la red caminera pavimentada del 4.4% en 1970 al 17,4% en 1980 lo cual implica una variación porcentual del 295.5%, así como la disponibilidad de pistas pavimentadas en los aeropuertos de un 9,1 % al 47,4%⁷³. La mayor disponibilidad de caminos en buenas condiciones facilitó sin duda el rápido acceso a los distintos puestos sanitarios habilitados a lo largo de la provincia y además, facilitó la movilidad hacia el interior de la provincia y hacia el exterior.

Por otra parte, la red de teléfonos y televisión se creó prácticamente en esta época y para el año 1980, Neuquén contaba con 49,1 líneas telefónicas urbanas por mil habitantes y 22 localidades con tele discado nacional y regional⁷⁴ lo cual facilitó el intercambio, acrecentando las comunicaciones y acortando los tiempos y distancias de las mismas.

Kerala por su parte, también invirtió tiempo y recursos en el abastecimiento de los servicios de asistencia básicos como agua potable y retretes. Además desarrolló una amplia red de comunicación telefónica y tecnológica a través de internet convirtiéndose en el Estado más moderno de la India.

La situación de Kerala antes de la implementación de los programas de agua potable era bastante caótica, principalmente entre los pueblos pesqueros dado que el 80% de los mismos no tenía acceso a letrinas y el 50 % de ellos no tenían acceso a agua potable⁷⁵. En ese entonces, la defecación al aire libre era la regla y dada la proximidad de los pozos de agua, la contaminación de la misma favorecía la aparición de enfermedades como ser la diarrea o disentería. Frente a esta situación, en Kerala se desarrolló una nueva tecnología de retretes ecológicos llamados "*the compost toilet*"⁷⁶. Los costos en tecnología de los mismos son bajos, ahorra y protege el agua, recicla desperdicios, previene la contaminación y permite a cada familia tener su propio retrete. Esta nueva tecnología puede ahorrar hasta 100 000 litros de agua por año⁷⁷, factor de suma importancia en la India frente a los grandes

⁷³ Ibid. p.83

⁷⁴ Ibid. p.90

⁷⁵ UNDP. CALVERET Paul "The compost toilet: a positive experience in Kerala, India" Ecosolutions en Global Environmental Sanitation Initiative 2002 p. 1

⁷⁶ Ibid. p. 1

⁷⁷ Ibid p.3

problemas de disponibilidad de la misma. A su vez, evita la polución de la tierra, y la atracción de insectos evitando los caldos de cultivo de enfermedades.

Asimismo, Kerala cuenta con una extraordinaria red telefónica de 28 conexiones por kilómetro cuadrado y 37 teléfonos por mil habitantes⁷⁸. Más aún, a lo largo del Estado existen varios kioscos de internet, 284 puestos conectados a fibra óptica y todos los colegios del Estado están conectados a internet existiendo aproximadamente 10 computadoras cada 1000 personas. A su vez, la red caminera tiene un total de 219.805 kilómetros convirtiendo a Kerala en el estado de la India con mejores comunicaciones y transporte.⁷⁹

El Estado de Kerala comprendió la importancia de la tecnología, no sólo como una herramienta para aumentar el empleo y mejorar las comunicaciones sino que vieron en ella, una forma de brindar a la población mayores posibilidades para el desarrollo de sus capacidades y generar oportunidades, por ello, la penetración de la tecnología de información es la política de Estado, el elemento clave para el progreso.

De lo expuesto, vemos como ambas regiones destinaron recursos para la mejora de las condiciones de servicios e infraestructura recurriendo a la incorporación de la tecnología disponible. En primer lugar, el aumento del acceso a agua potable y la provisión de retretes, sin lugar a duda, ayudaron a la reducción de la mortalidad infantil pues se eliminaron los factores de riesgo que estimulan la propagación de enfermedades infecciosas. A su vez, el aumento de las redes camineras y la mejora de los servicios de transporte, fueron factores claves para lidiar con los problemas de acceso a las entidades médicas y puestos sanitarios. Finalmente, la implementación de nuevas tecnologías en materia de comunicación, ya sea el teléfono en Neuquén e internet en Kerala, (se debe recordar que para 1970 la tecnología disponible era muy distinta a la actual) contribuyeron sin duda a aumentar la capacitación, información y comunicación de la población.

Educación

La educación es en sí misma un derecho básico fundamental de todo ser humano lo cual implica que los gobiernos nacionales están obligados a velar por la

⁷⁸ www.kerala.gov

⁷⁹ www.kerala.com

educación básica de la población. A su vez, resulta innegable la asociación existente entre educación y desarrollo tanto social como económico. Como lo manifestó Mahbub ul Haq ex Ministro de Hacienda y Economía de Pakistán, la educación, *“es la verdadera esencia del desarrollo humano. Sin educación, el desarrollo no puede tener amplia base ni ser sostenido.”*⁸⁰

Un nivel básico de educación brinda mayores posibilidades para desarrollar las capacidades propias de cada individuo aumentando las oportunidades de desarrollarse en la sociedad. Un hombre educado tendrá más herramientas para desarrollar sus habilidades e insertarse en el sistema laboral de una sociedad contribuyendo a aumentar el capital social del país. A su vez, la experiencia empírica demuestra que la oscilación de los indicadores de la mortalidad infantil, está íntimamente ligado al nivel de instrucción, especialmente el de la madre. En relación a ello, merece la pena hacer alusión al análisis estadístico de Murthi, Guio y Dréze en el cual se indica que en términos cuantitativos el hecho de que las mujeres sepan leer y escribir influye notablemente en la reducción de la mortalidad infantil. Según ellos, manteniendo otras variables constantes, un aumento del porcentaje bruto de mujeres que saben leer y escribir, por ejemplo de 22 % (que era la cifra real de la india en 1981) a 75%, reduce la mortalidad infantil de ambos sexos menores de 5 años de 156% (cifra real de la india en 1981) a 110%⁸¹ .

La familia y principalmente la madre, es el primer círculo de ayuda del sistema de salud. En esta primera célula social se encuentra el primer eslabón de protección y ayuda al recién nacido, es por ello que la instrucción de la madre es de fundamental importancia pues es ella quien tiene el deber de brindar la atención necesaria al nuevo niño. De hecho, *“de la educación de la mujer depende la suerte de los Estados; la civilización se detiene a las puertas del hogar doméstico cuando ellas no están preparadas para recibirla. Las costumbres y preocupaciones se perpetúan por ellas y jamás podrá alterarse la manera de ser de un pueblo, sin cambiar primero las ideas y hábitos de vida de las mujeres”*⁸² .

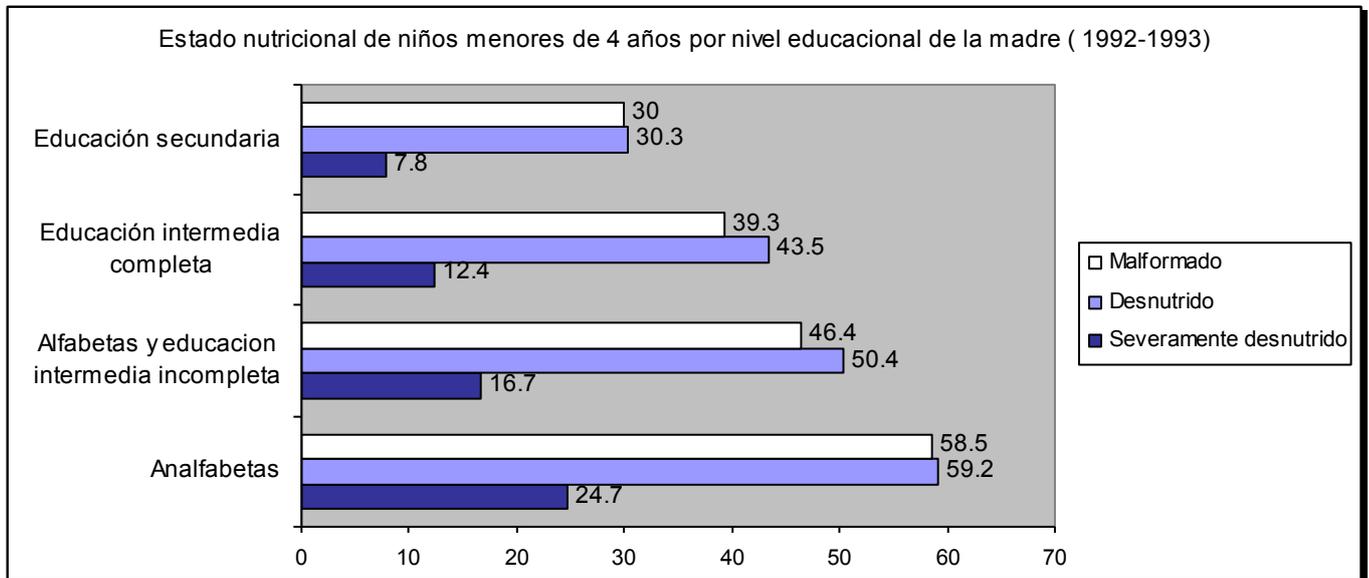
Ahora bien, es sabido que existe una fuerte correlación entre la educación de la mujer, la desnutrición y la mortalidad infantil. En el siguiente cuadro pone en

⁸⁰ UNICEF Informe 1990 “Inversión en los derechos humanos” .p. 86

⁸¹ Op. Cit SEN, Amartya “Desarrollo y Libertad” p. 243

⁸² SARMIENTO, F Domingo en Clarín “ Textos de ayer para la Argentina de mañana” 2002 p.13

evidencia tal relación, al mostrar que los niños de la India de madres analfabetas tienen más posibilidades de estar desnutridos que los niños de mujeres educadas y por el contrario, los niños de madres con mayor nivel de educación tienen menos riesgos de padecer algún tipo de desnutrición.



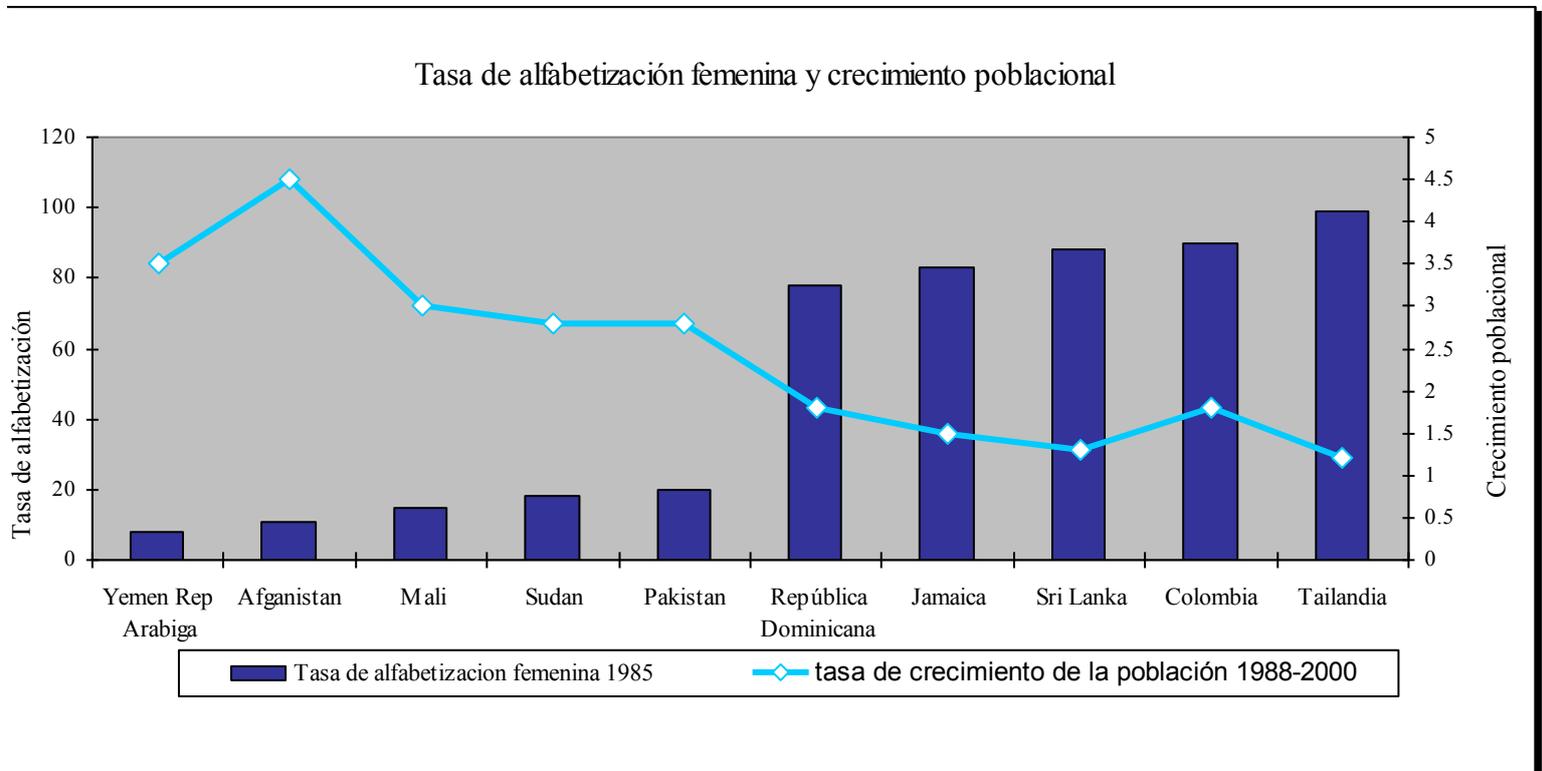
Fuente: VELKOFF, A. Victoria; ADLAKHA, Arjun. "Women of the world: Women's health in India" International Programs Center, US Department of Commerce, Bureau of the Census, diciembre 1998, p.4

Entonces, la educación de las mujeres tiene un doble efecto sobre el marco del desarrollo humano pues no sólo reduce la mortalidad infantil y mejora la nutrición y la salud en general de los niños como se observa en el gráfico anterior, sino que también reduce el crecimiento de la población dado que las mujeres educadas tienden a retrasar los intervalos de gestación de los niños y además tienden a controlar su cantidad. Con respecto a la reducción de la tasa de natalidad, existen numerosas estudios que indican que la alfabetización y la educación de las mujeres lleva a que ellas reviertan el proceso de tener un hijo tras otro pues la maternidad se torna más responsable y por otro lado, los propios hijos de mujeres educadas, según los estudios realizados, tienen mayor posibilidades de estar escolarizados y alfabetizados.⁸³ De ahí la frase, "quien educa a un hombre, educa a una persona, pero quien educa a una mujer, educa a una familia".⁸⁴

⁸³ Op. Cit UNICEF Informe. "Inversión en los derechos humanos" p. 83

⁸⁴ Anónimo. Centro Cultural de la Mujer. Marcelo T. de Alvear 1137

El siguiente cuadro pone en evidencia como aquellos países cuyos niveles educativos son más elevados, tienden a tener menores tasas de natalidad. Sin duda la baja tasa de fertilidad influye notablemente en la reducción de la mortalidad materna puesto que se reducen los riesgos de las mujeres de morir en el parto o sufrir las consecuencias de tener un embarazo tras otro.



Fuente: PNUD. Informe sobre desarrollo humano 1990. cap 2, p 3.

La educación incita a las madres a ejercer una maternidad más responsable aumentando la planificación familiar y por ende, contribuyendo a bajar la tasa de natalidad. Por otra parte, la educación aumenta las posibilidades de elección de la mujer y realza la importancia de los cuidados necesarios tanto de la madre como del recién nacido reduciendo la tasa de mortalidad infantil. Por otro lado, en cuanto a la oferta de los servicios públicos, una baja tasa de natalidad, tiende a reducir las presiones ejercidas sobre el sector materno infantil para la provisión de servicios, lo cual es beneficioso para aquellos países que cuentan con recursos limitados.

Ahora bien, nuestros dos casos de estudio demostraron un gran empeño en brindar educación a toda la población basado en un criterio de equidad con respecto al sexo, y a su vez, dándole gran importancia al proceso educativo de la mujer lo cual se evidencia por el aumento de la tasa de escolaridad de la misma.

El panorama educativo de la provincia de Neuquén desde la década de los 70, estuvo signado por un incremento en la asistencia escolar, un aumento del nivel de instrucción alcanzado y una mayor disponibilidad de recursos destinados a la docencia especialmente en lo que respecta a la población femenina. Para 1960, el 76, 5 % de la población neuquina había tenido en algún momento, algún nivel de asistencia a la escuela, porcentaje que se fue incrementando con el paso del tiempo y llegó al 90 % en 1980 con una variación porcentual del 44, 6 %. Evidentemente, esto trajo aparejado una gran disminución de la inasistencia escolar⁸⁵.

A su vez, la matriculación de alumnos aumentó un 81%, aunque de mayor significación, resultan los valores de la misma observados en los distintos niveles educativos lo cual demuestra una evolución y mejora en el nivel de capacitación de los alumnos en su conjunto reflejado en el aumento del nivel de instrucción alcanzado. De hecho, la matriculación en el nivel superior de instrucción aumentó un 225,7%, en el nivel medio un 197,8% y en el nivel pre primario un 5.400%. Sin embargo, en términos absolutos, el nivel primario constituyó el nivel de mayor cantidad de alumnos, con 222,1 alumnos matriculados por mil habitantes⁸⁶, lo cual demuestra la voluntad del gobierno de extender un mínimo de instrucción básica a la población.

Dentro de este contexto, la mujer redujo notablemente su índice de analfabetismo del 24% al 7% lo cual implicó una disminución del 70%⁸⁷. El aumento del nivel educativo de las mujeres neuquinas, tuvo un gran impacto en la variación observada en lo que respecta a la participación femenina en la actividad económica en primer lugar y en segundo lugar en lo que hace a la reducción de la mortalidad infantil. En cuanto a lo primero, la población femenina económicamente activa que en 1960 era apenas del 8,8 % ascendió al 14, 8 % para 1980 con una variación porcentual del 68,2%⁸⁸. El trabajo remunerado de la mujer estuvo sin duda influenciado por el aumento de los niveles de educación pues la misma, permite aumentar la capacitación y tener por ende un mayor acceso al mercado laboral. Este factor, a su vez, contribuyó a la independencia de la mujer con respecto a la toma

⁸⁵ Op. Cit. GARCIA BATES, Alicia; PERRONE, Néstor “Mortalidad infantil en la provincia de Neuquén, estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980” p. 91

⁸⁶ Ibid p. 94

⁸⁷ Ibid p. 94

⁸⁸ Ibid p.94

decisiones en cuestiones de maternidad y cuidados del niño ayudando a que bajaran los índices de mortalidad infantil y que la tasa de natalidad no aumentara.

Asimismo, la educación de la mujer ayuda a disminuir la discriminación hacia las niñas. Si bien la Argentina no es un país donde el proceso discriminatorio hacia la mujer sea de tal envergadura que se evidencie en las cifras de mortalidad infantil por sexo incidiendo por ende, en la composición poblacional, podemos destacar que Neuquén, no presenta una estructura de población con diferencias marcadas entre hombres y mujeres. En efecto, el número de mujeres es apenas mayor al número de hombres lo cual evidencia la falta de un componente discriminatorio en contra de la mujer, en esta región.

En lo que hace a la oferta de la educación por parte del Estado, durante el período estudiado también se produjeron notables cambios. La variación positiva de la demanda de educación fue acompañada de un aumento de la disponibilidad de recursos educacionales tanto en términos de docentes como de infraestructuras. En 1960 había solamente 11 docentes por mil habitantes, cifra que aumentó a 31,2 por mil habitantes para 1980 implicando una variación porcentual de 183 %. A su vez, los establecimientos de enseñanza aumentaron a razón de un 100% pues en 1960 existían solamente 1,3 establecimientos por mil habitantes y para 1980 se registraron 2,6 por mil habitantes.⁸⁹

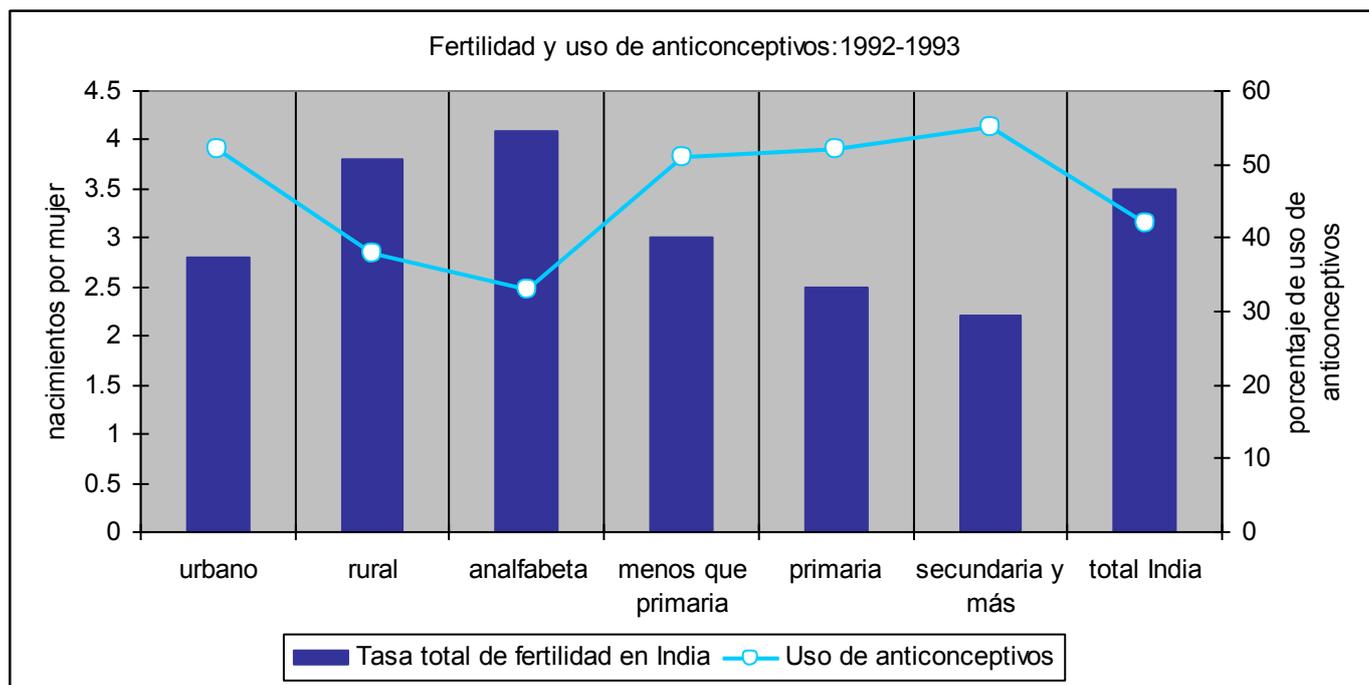
Kerala por otra parte, llevó a cabo importantes inversiones en materia educativa, poniendo en marcha en 1988 una campaña para alfabetizar a toda su población. En 1970, Kerala contaba con una tasa de alfabetismo de un 55% para los hombres y 39% para las mujeres⁹⁰, bastante diferentes a los que hoy ostenta el Estado sureño. Frente a estas altas tasas de analfabetismo, los políticos de esa región, conscientes de la influencia de la educación en la salud y desarrollo de la gente, impulsaron un proyecto de educación a lo largo de toda la región logrando en 1991, la erradicación del analfabetismo. El lema del proyecto fue "educación para todos y para siempre" y así se hizo. El Estado de Kerala, fue el encargado de brindar educación primaria gratuita y universal a la población para que todos tuvieran acceso a un nivel mínimo de conocimientos invirtiendo gran parte de su PBI en esta

⁸⁹ Ibid p. 92

⁹⁰ UNICEF staff. Working paper evaluation policy and planning series n° EPP-EVL-98-005 "Education for all: Policy lessons from high-achieving countries" septiembre 1998 New York p.17

área. El programa llevado a cabo, estableció centros de educación primaria en cada municipio, los cuales eran integrados por grupos de voluntarios, "jathas", comprometidos con las tareas de alfabetización. Estos grupos, organizaban reuniones, presentaciones y clases de literatura en los vecindarios, especialmente donde se encontraba la mayor concentración de analfabetos. Los organizadores buscaban alfabetizar al pueblo y a su vez, transferirle conocimiento sobre nutrición, enfermedades, dignidad, igualdad entre el hombre y la mujer, la necesidad del agua potable etc. La campaña estuvo inspirada en las ideas del educador brasilero Paulo Freire quien sostiene que se deben tomar los problemas de la vida cotidiana de la gente como material para el proceso de educación. Por ello, los programas educativos se basaban en lecturas y canciones sobre el hambre, la pobreza, las terapias de rehidratación, la prevención de enfermedades, el desempleo y planificación familiar.

Ahora bien, existen diversos estudios realizados en la India que corroboran la relación entre mujeres educadas y bajas tasas de natalidad. A continuación se expone una tabla referida a la India en la cual se observa que al aumentar el nivel educativo de la mujer, se reduce la cantidad de hijos por el aumento en el uso de métodos anticonceptivos.



Fuente: Op. Cit VELKOFF, A.Victoria; ADLAKHA, Arjun. "Women of the world: Women's health in India" p.2

De esta evidencia se desprende el motivo por el cual se le dio gran importancia al proceso educativo de la mujer en Kerala como forma de lidiar con el problema de la superpoblación y aumento de la pobreza. En breve, podemos afirmar que la educación femenina incentivó la reducción de la tasa de fertilidad lo cual ayuda tanto a la reducción de la mortalidad materna como a la reducción de la mortalidad infantil. De hecho, el fomento de la planificación familiar a través de la educación, permitió que en un período de 10 años entre 1971 y 1981 la tasa de crecimiento de la población descendiera en un 27% y en la década posterior en un 26% logrando que la tasa actual de crecimiento de la población sea tan solo de 1,3%.⁹¹

Asimismo, la educación de la mujer ayudó a revertir el proceso discriminatorio en detrimento de ella, muy arraigado en la mayoría de los Estados de la India. Ejemplo de ello es que en Kerala, la educación de la mujer es prácticamente igual a la de los hombres, 87% de alfabetismo femenino contra 94% alfabetismo masculino⁹² hecho completamente extraño en la India debido a la discriminación que sufren las mujeres. Este trato desigual se evidencia en primer lugar, en la brecha existente entre las tasa de alfabetismo femenino del 38% y el masculino del 65%⁹³ a nivel nacional y en segundo lugar en las diferencias existentes en la mayoría de los Estados indios al desagregar la mortalidad infantil por sexo. Estados como Uttar Pradesh y Punjab poseen una mortalidad infantil para las niñas de 100 y 65 por mil respectivamente mientras que para los niños la misma es de 90 y 45 por mil⁹⁴, lo cual expresa un trato muy dispar en el cuidado de los niños respecto a las niñas, mientras que en Kerala se revierte dicha lógica puesto que la mortalidad de las niñas de 10 por mil es menor a la de los niños de 16 por mil.

El siguiente gráfico muestra la mortalidad infantil desagregada por sexo en distintos Estados de la India dejando ver que la mayoría de ellos presentan una mortalidad infantil femenina mayor a la masculina. Esto se debe principalmente al

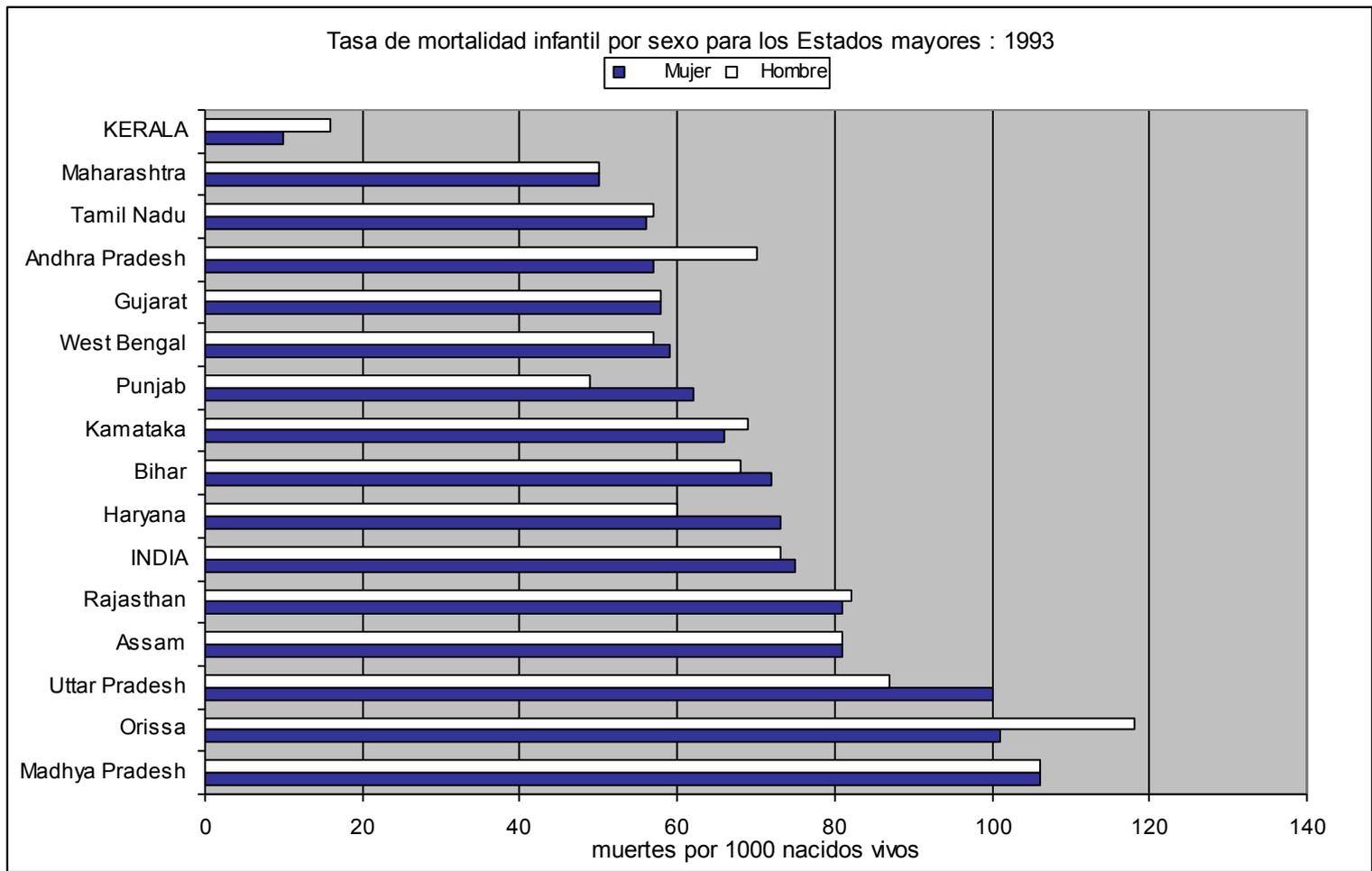
⁹¹ MCKIBBEN, Bill “What is true development? The Kerala model” Buletin of Asian Scholars 1998 www.chss.montclair.edu p.6

⁹² Op. Cit FRANKE, Richard W “Lessons in democracy from Kerala State, India” University Lecture 1999 www.chss.montclair.edu p. 3

⁹³ Ibid p. 3

⁹⁴ Op.Cit VELKOFF,A Victoria; ADLAKHA,Arjun “Women of the world: Women´s health in India” p 6

trato diferenciado, en detrimento de las niñas, en lo que respecta a la nutrición y facilidades de asistencia médica primaria.



Fuente: Op. Cit VELKOFF, A Victoria; ADLAKHA, Ajun "Women of the world: Women's health in India" p.6

El progreso del nivel educativo de la mujer, no solo influyó notablemente en la reducción de la mortalidad infantil y la reducción de la fertilidad, sino que también afectó la composición poblacional de la sociedad keraliana puesto que al reducir la discriminación de la mujer y mejorar las condiciones de vida de la misma, aumenta su probabilidad de supervivencia. De hecho, Kerala resulta ser el único Estado en toda la India donde la proporción de mujeres es mayor que la de hombres habiendo 1036 mujeres cada 1000 hombres⁹⁵ y a su vez, ésta tiene una

⁹⁵ Ibid p.10

expectativa de vida de 72 años por ende, más elevada que la del hombre de 67 años.⁹⁶

No cabe duda de que el factor educativo es un determinante fundamental al momento de concebir políticas públicas para el desarrollo social y específicamente para la reducción de la mortalidad infantil. Tanto Kerala como Neuquén, se esforzaron por brindar a sus poblaciones la educación básica necesaria para que, mujeres como hombres, pudieran potenciar sus capacidades e insertarse en el mercado laboral. A su vez, se intentó dar ciertos conocimientos básicos en cuestiones de salud y cuidados sanitarios lo cual influyó notablemente en la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil al brindar las herramientas necesarias para cambiar las conductas nutricionales y aumentar los cuidados sanitarios tendientes a mejorar la salud del infante.

La educación en general y en materia sanitaria en particular, redujo el monopolio de información cooptado por los médicos permitiendo a los individuos tener más conocimientos acerca de cómo evitar el contagio de enfermedades prevenibles como ser la diarrea o malaria y a su vez, dio mayor poder de decisión al momento de elegir un tratamiento adecuado para su curación. Un ejemplo de ello es la elección para la compra de sobres de sales de rehidratación implementada en las terapias de rehidratación oral en caso de diarrea y por otro lado, la preparación casera de las mismas lo cual suele ser más accesible por la simplicidad de sus ingredientes: "azúcar, sal de mesa y bicarbonato de sodio".⁹⁷

La educación resultó ser fundamental para lograr la reducción de la mortalidad infantil y el desarrollo social. Sin embargo, hay que destacar que la reivindicación del proceso educativo de la mujer y su rol activo en ambas regiones fue un factor clave para lograr las mejoras experimentadas en la reducción de la mortalidad infantil. Tal como dijera Sarmiento, "*las mujeres poseen aptitudes de carácter y de moral, que las hacen infinitamente superiores a los hombres, para la enseñanza de la tierna infancia*",⁹⁸ lo cual pone de manifiesto la importante tarea que las mujeres desempeñaron como agentes activos en el proceso por alcanzar un desarrollo social sustentable.

⁹⁶ Op. Cit FRANKE, Richar W "Lessons in democracy from Kerala, State India" p. 3

⁹⁷ Op. Cit WERNER, David; SANDERS, David "Promesas incumplidas" cap 6, p.5

⁹⁸ Op. Cit SARMIENTO, F Domingo. Clarín "Textos de ayer para la Argentina de mañana" p.13

3.2 Aspectos sanitarios.

Si bien es innegable la trascendencia del análisis de la salud como construcción social determinada por los distintos factores ambientales y de conducta, no caben dudas sobre la suprema importancia del sector estrictamente médico en la evolución de las condiciones sanitarias de una población. Por ello, corresponde ahora analizar, la evolución observada en el sector salud propiamente dicho, teniendo en cuenta el aumento de la disponibilidad de recursos sanitarios, la reestructuración del sector, la ampliación de actividades desarrolladas tendientes a brindar una mayor ayuda al grupo materno infantil y el criterio con el cual se reparten.

Sin duda, el grupo materno infantil constituyó una prioridad en ambas regiones en la lucha por disminuir las tasas de mortalidad de los niños menores de un año. No obstante, tanto Kerala como Neuquén, desarrollaron un ordenamiento sanitario de carácter global basado en un criterio equitativo de distribución de los servicios que derivó en un mejoramiento generalizado de la situación sanitaria de la población.

Ambas regiones lograron aumentar la cobertura de los servicios de asistencia primaria a través de la regionalización de los mismos y la racionalización de los recursos, integrando estas reformas, a una política global de organización sanitaria. La misma se basó en las acciones de prevención y promoción de enfermedades como forma de optimizar los recursos limitados con los que cuentan. A su vez, la promoción de la educación para la salud tuvo un impacto positivo en los resultados de la política sanitaria puesto que ayudó a aumentar la demanda de los servicios de prevención de enfermedades, incorporando una nueva lógica de trabajo en el servicio médico y la población. Asimismo, ambas regiones, tomando conciencia de que *"la nutrición es un factor esencial de desarrollo, si se tiene en cuenta que una población sana, bien alimentada e instruida es el mejor factor para impulsar el crecimiento económico de una nación"*⁹⁹, ayudaron a reducir las carencias nutricionales del grupo materno infantil.

⁹⁹ LE BIHAN, Genevieve; DELPEUCH, Francias; MAIRE, Bernard "Nutrición, Alimentación y Políticas Públicas" Instituto de investigación para el desarrollo. Versión 1 junio, 2001 Montpellier, Francia p. 9

Ahora bien, la organización sanitaria tanto en Kerala como en Neuquén se desarrolló dentro de los lineamientos de la Constitución de ambas regiones que establecen la obligación ineludible del gobierno de velar por la salud de la población poniendo a disposición de la misma, los recursos sanitarios necesarios de forma gratuita. A su vez, en ambas regiones, se comenzaron a implementar nuevas modalidades de trabajo como la visita médica periódica a escuelas y poblaciones nucleadas y la visita domiciliaria como forma de facilitar la accesibilidad de los lugareños a los distintos servicios de salud. Se puso especial énfasis en aumentar la oferta de servicios menos complejos, destinados a proporcionar atención médica primaria particularmente para el grupo materno infantil y por otro lado se realizó una gran descentralización de las funciones y responsabilidades para aumentar el contacto de las políticas públicas con las necesidades reales de la ciudadanía. Tal como advierte la CEPAL (1999) "*la descentralización ofrece teóricamente ventajas derivadas de una provisión local de servicios que fomenta una mayor responsabilidad y un mejor control por parte de los usuarios y de las respectivas comunidades lo que puede traducirse en una gestión social más eficaz...*"¹⁰⁰. Es por ello que esta estrategia resulta ser muy eficiente a la hora de aplicar políticas públicas. Tanto en Neuquén como en Kerala, la firme decisión política se tradujo en un importante cambio en la situación sanitaria a través de un aumento de la gratuidad de los servicios, la integración de la sanidad pública y de los cuidados primarios, la creación de policlínicas, la insistencia en la higiene pública y el aumento de las campañas a favor de la salud pública y reforma de la enseñanza sanitaria.

En el caso particular de Neuquén, la organización global del sector médico público adoptó un sistema regionalizado integrado, con el desarrollo de un nivel central jerarquizado, un nivel intermedio zonal y finalmente con la implementación a nivel local de una red de servicios estructurado por niveles de complejidad creciente, articulada con predominio de la atención ambulatoria.

Durante la reestructuración del sistema sanitario neuquino se mantuvo el proceso de la descentralización en la toma de decisiones. Los jefes zonales, fueron el pivote y nexo de unión entre la autoridad central y los directores de los

¹⁰⁰ Op.Cit KLIKSBURG, Bernardo "Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?" p. 257

establecimientos en los niveles locales lo cual se operativizó a través del cumplimiento de un programa de reuniones periódicas de los tres niveles. En el ámbito local, los establecimientos mantuvieron su responsabilidad sobre un área asignada del sector salud y actuando como canalizador de las necesidades de la población.

Desde el punto de vista de la regionalización sanitaria, la provincia organizó la atención de salud dividiendo el territorio neuquino en cuatro zonas como forma de facilitar la puesta en práctica de la política sanitaria. Dicha regionalización implicó la asignación y ordenamiento de los recursos y servicios en un área determinada para facilitar el adecuado acceso, la alta calidad, la equidad, el bajo costo, con una mejor y más rápida respuesta a las necesidades, demandas y expectativas de la gente.¹⁰¹

En efecto, el sistema sanitario neuquino, protagonizó un aumento de la oferta disponible en materia de establecimientos lo cual se evidencia en el aumento de los establecimientos del sector público de atención médica de 14 establecimientos en 1960 a 30 en 1970 y finalmente a 82 en 1980¹⁰². A su vez, el cambio cuantitativo de servicios estuvo acompañado de un cambio cualitativo de los mismos. Este, se materializó en la adecuación de los servicios sanitarios a los niveles de complejidad necesarios para satisfacer la demanda existente. Es por ello que, el desarrollo de los establecimientos rurales adquirió particular importancia en este período ya que a través de éstos fue posible lograr la cobertura geográfica de la totalidad de la provincia. Las tareas particulares de este tipo de hospital eran las de brindar asistencia primaria y atención ambulatoria a un estrato de la sociedad que por motivos de movilidad o falta de recursos quedaba excluido de la asistencia médica.

A su vez, a nivel de los consultorios periféricos y puestos sanitarios se operó un gran cambio cualitativo y cuantitativo. Estos centros ambulatorios pasaron de 4 en 1960 a 57 unidades en 1980 conformando una sólida y amplia base de apoyo de asistencia primaria regionalizada¹⁰³. Estos consultorios fueron los encargados

¹⁰¹ Moreno Elsa. "Morbimortalidad en la niñez" p.77 En "Hoy y mañana: salud y calidad de vida para la niñez argentina" Neuquén, Argentina 1998

¹⁰² Op. Cit GARCIA BATES, Alicia; PERRONE, Néstor "Mortalidad en la provincia de Neuquén, estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980" p.112

¹⁰³ Ibid. p.112

de brindar atención primaria, atención ambulatoria de enfermeras, visitas domiciliarias por agentes sanitarios y visitas médicas periódicas logrando una mayor armonía del criterio de distribución espacial de la atención e incorporando una nueva lógica de trabajo.

Al equipamiento de nuevas obras públicas, se sumaron nuevos programas de adecuación de los servicios existentes en diferentes áreas deficitarias, en especial en el área del cuidado del recién nacido y la madre. Así, en 1971, se programó el equipamiento de servicios auxiliares de diagnóstico y salas de parto que fue aumentando en complejidad con el tiempo.

Es importante destacar también que el cambio cuantitativo de los recursos de infraestructura estuvo acompañado por un aumento tanto en número como en calificación del personal médico. El personal del sector salud creció de forma exponencial en estos años poniéndose gran énfasis en la capacitación y adiestramiento de los mismos. El desarrollo cualitativo se logró gracias a la creación en 1974 de la residencia en medicina rural, con una clara visión de la necesidad de formar al tipo de profesional que requiere la realidad de la provincia¹⁰⁴, permitiendo formar a profesionales capaces de desempeñarse en el ámbito rural.

Asimismo, la calificación del personal médico estuvo acompañada por la especialización de los mismos en el área materno infantil. Las actividades de control del embarazo, comenzaron a realizarse sistemáticamente en la década de los 70 como una estrategia viable para reducir las muertes tanto del recién nacido como las de la madre. Se hizo preciso también, mejorar la atención del período preconcepción y perinatal mediante la adecuada oferta de atención primaria. Dicha tarea incluyó la identificación de las embarazadas de alto riesgo controlando el bajo peso de éstas o enfermedades que pudieran afectar la vida de la madre o la del feto. Más aún, se mejoró la calidad de la atención prenatal y se puso gran atención en mejorar la educación en salud y nutrición de las futuras madres para favorecer una procreación responsable. Por otro lado, también se aseguró la adecuada disponibilidad y calidad de los servicios para el recién nacido tanto

¹⁰⁴ MORENO, Elsa. “La mortalidad infantil en la provincia de Neuquen, Argentina” p.153 en OPS “Condiciones de salud del niño en las Américas”. Publicación Científica n° 381. Washington , DC

normal como patológico poniendo énfasis en la prevención de las complicaciones. Esto se evidencia puesto que los niveles de control alcanzado en embarazadas y menores de 5 años es del 54,7% en 1980 habiendo partido de solamente un 10,7% en 1970 con una variación del 411,2% en tan solo una década¹⁰⁵. Por otro lado, el porcentaje de niños menores de dos años bajo control que en 1970 era del 51 %, alcanzó el 67,5% en 1980 cubriendo a más de la mitad del universo de ellos¹⁰⁶. Si duda, el aumento del control de este grupo de riesgo implicó una rápida disminución de las tasas de desnutrición infantil en menores de dos años en un 55% en 10 años¹⁰⁷. A su vez, se dió gran importancia al cuidado integral del niño destacándose la promoción de la lactancia y el cuidado de su nutrición. El control de la nutrición se llevó a cabo desde 1971 con el objetivo de disminuir el riesgo de enfermar de la población infantil estableciéndose que todo menor de 2 años, embarazada o desnutrido bajo control, recibiría asistencia alimentaria en forma de leche en polvo aumentando en un 220%¹⁰⁸ la entrega de este alimento entre 1970 a 1980.

Ahora bien, tan importante como el control de los recién nacidos y el embarazo, es el control del momento del alumbramiento para evitar las posibles complicaciones del mismo. En lo que respecta al control de los partos, a comienzos de 1970, se estableció como objetivo prioritario el incremento de partos institucionales y en particular la atención de los mismos por profesionales médicos. Si bien en 1970 el porcentaje de partos realizados en establecimientos médicos, representaba el 78,7%, sólo el 47,9% de los mismos eran atendidos por profesionales y casi la totalidad de los mismos no habían recibido controles prenatales normatizados. De este modo, se registraban dos factores de alto riesgo que se expresaban a través de una alta tasa de mortalidad neonatal (43 por mil nacidos vivos en 1970) y una alta mortalidad materna con predominio de hemorragias y otras complicaciones del embarazo. Dicha situación cambia radicalmente a fines de la década de los 70 reflejándose en las cifras, puesto que para 1980, se registra un 92,1% de partos institucionales y un 82,7% de ellos se

¹⁰⁵ Op. Cit GARCIA BATES, Alicia; PERRONE, Néstor. “Mortalidad infantil en la provincia de Neuquén, estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980”. P.126

¹⁰⁶ Ibid. p.126

¹⁰⁷ Ibid. p.128

¹⁰⁸ Ibid. p.126

realiza con atención médica calificada. Esto implicó un notable descenso de la presencia de las comadres y parteras en el alumbramiento de un 18,1% a un 5,3% y un 30% a un 9,7%¹⁰⁹ respectivamente, quienes tradicionalmente asistían los partos.

Por otro lado, se le dio gran importancia a la educación para la salud de las madres poniéndose gran énfasis sobre el cuidado de los niños e incentivando las actividades de vacunación. Si bien la provincia cuenta con una larga tradición en la actividad de vacunación, la variación porcentual de los indicadores de dosis de vacunación aplicada por habitante, fue de un 84,4% en la década de los 70 advirtiéndose un descenso de enfermedades prevenibles por vacunación como ser el descenso del sarampión de 3.435 casos en 1968 a 161 casos en 1975 y el coqueluche que descendió de 100 casos en 1968 a 82 en 1975.¹¹⁰ De hecho, el éxito del programa de vacunación de la provincia de Neuquén se vio reflejado en un cambio estructural de las causas de muerte infantil con un marcado descenso de las enfermedades parasitarias, infecciosas y perinatales.

Todas estas actividades a favor de la protección y cuidado del recién nacido influyeron en la brusca caída de la mortalidad infantil. La tasa de la misma era de 108.6 en 1970 y tan solo en 10 años, luego de la reestructuración del sistema de salud neuquino, se registró una tasa de 32.5 por mil nacidos vivos mientras que el promedio nacional de la tasa de mortalidad infantil en el mismo período se redujo de 61,2 por mil también a 32.2 por mil¹¹¹.

En efecto, el descenso de la tasa de mortalidad infantil, está íntimamente ligado a la fecha de iniciación de la organización del sector de salud, su regionalización, la introducción del proceso de programación y desarrollo de amplias coberturas en las actividades de control de niños y la organización de la atención médica primaria del recién nacido.

Kerala por otra parte, realizó a partir de 1993 un proceso de descentralización que trascendió el ámbito de la salud. El gobierno central de la India expidió 2 enmiendas constitucionales por las cuales instaba al gobierno

¹⁰⁹ Ibid. p. 125

¹¹⁰ Op. Cit MORENO, Elsa. “La mortalidad infantil en la provincia de Neuquén, Argentina” p.160

¹¹¹ Op. Cit GARCIA BATES, Alicia; PERRONE, Néstor. “Mortalidad infantil en Neuquén, estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980” p.161

keraliano a descentralizar su poder en administraciones menores que serían manejadas por órganos locales. Luego, se llevó a cabo una campaña de descentralización llamada "*power to the people*"¹¹² que constituyó un remarcable experimento democrático puesto que no sólo se descentralizaron las funciones del gobierno sino que también, se descentralizó la realización de los planes de ayuda social lo cual favoreció la movilización de miles de voluntarios y activistas en la consecución de los objetivos dictaminados por el gobierno. Este proceso de descentralización, tuvo grandes ventajas para el alivio de la pobreza puesto que a nivel local, se pudo tener más conciencia de los problemas existentes de los pobres lo cual facilitó la toma de decisiones para la resolución de los mismos. Se establece entonces una estructura uniforme de tres niveles de corporaciones locales: distrito, bloque y municipio.

Esta campaña de descentralización es probablemente el mayor proyecto de democratización y participación en el mundo. Tres millones de personas se ven beneficiadas por la misma y hasta el momento, más de tres millones de personas participaron en las actividades de la campaña. Uno de los rasgos más originales de este proceso de descentralización fue la transferencia en 1996 del 35-40% de los fondos del gobierno de turno a las unidades locales para que se llevaran a cabo distintos planes contra la pobreza creando así un sistema de planificación participativa con un enfoque de abajo hacia arriba¹¹³.

Un rasgo muy particular del proceso de descentralización es que, la participación de los ciudadanos no estuvo limitada a los representantes elegidos en las organizaciones locales sino que este proceso incluyó a expertos no funcionarios y a voluntarios que participaron de la preparación de informes, recolección de quejas, formulación de proyectos y confección de los planes. Esto ayuda a que emerjan planes realmente necesarios, favorece el control en el uso de los recursos del gobierno gracias a la mayor participación de la ciudadanía y a la disminución de la corrupción. A su vez, la participación de la ciudadanía en el proceso de planificación de los proyectos favorece una mejor designación de los

¹¹² FRANKE, Richard W; CHASIN, Barbara " Power to malayee people" Economic and Political Weekly 32, n° 48 1997 p.1

¹¹³ FRANKE, Richard; CHASIN, Barbara "The Kerala decentralisation experiment : achievement, origins, and implications" presentada en la Conferencia Internacional de descentralización Democrática.Universidad de Kerala, Triruvanthapuram, Kerala 2000 p.11

recursos a la gente carenciada que anteriormente quedaban en manos de quienes no lo eran. La planificación local en Kerala puso gran énfasis en mejorar las condiciones de vida de los lugareños lo cual incidió notablemente en la reducción de la mortalidad infantil. Como ya hemos visto, se puso mayor énfasis en fomentar la educación, en mejorar las viviendas y las condiciones sanitarias dado la gran convicción de la necesidad de concebir políticas integrales que se dirijan a corregir los múltiples problemas de la pobreza.

En lo que respecta a la mejora de los recursos médicos propiamente dichos, el Estado de Kerala, escuchó atentamente cuales eran las necesidades de la gente y proveyó en forma gratuita y universal la asistencia médica necesaria. Por otro lado, la extraordinaria infraestructura hospitalaria de asistencia primaria y la presencia de médicos capacitados se refleja en la reducida tasa de mortalidad materna de 87 por 100 mil lo cual es bastante menor que el promedio de la India, 453 por 100 mil¹¹⁴. La baja tasa de mortalidad materna y mortalidad infantil en Kerala están íntimamente relacionadas en primer lugar, con las buenas condiciones socio económicas de la mujer y su educación, y por otro lado, con el alto porcentaje de partos institucionalizados que ronda el 93%, por el porcentaje de la cobertura de cuidados prenatales por profesionales de la salud que llega al 96,6%¹¹⁵, con el nivel nutricional de la mujer y del niño y finalmente, con el acceso a los servicios de asistencia primaria. Ya hemos visto que la educación de la mujer es una prioridad para el gobierno de Kerala por ende, ellas saben que deben realizar controles médicos periódicos para evitar posibles complicaciones en el estadio de gestación y parto. En Kerala, el gobierno se encarga de promocionar el control periódico de las embarazadas y controlar a los recién nacidos a través de visitas médicas domiciliarias en las zonas rurales o más aisladas. A su vez, la baja mortalidad materna está muy relacionada con la baja tasa de fertilidad que presentan las mujeres de esta región lo cual está influenciado por el alto nivel educacional de las mujeres y los amplios conocimientos que poseen acerca de los cuidados que deben tenerse durante la etapa de gestación.

¹¹⁴ Op.Cit VELKOFF A Victoria;ADLAKHA,Arjun “Women of the world: Women’s health in India” p.3

¹¹⁵ www.kerala.gov Ministerio de Salud y Familia de la Kerala. “Health indicators”

En cuanto al estado nutricional de Kerala, el mismo es excelente. El gobierno de Kerala, reconociendo que la desnutrición es un factor que afecta en forma directa a la mortalidad infantil, y sabiendo que una inadecuada nutrición es la causante más importante del incremento de la mortalidad y la morbilidad tanto en niños como en adultos, subvencionó los alimentos de primera necesidad a través de los comedores de las escuelas públicas para evitar el aumento de los índices de desnutrición. Con dicha política, se logró un doble beneficio puesto que se mejoró en estado nutricional de los niños y al mismo tiempo, se evitó la deserción en la escuela dado que se redujo en costo de oportunidad de los padres de mandar a los niños a los establecimientos educativos. Es necesario remarcar que, la repartición de alimentos estuvo integrada a una política para educar en materia alimenticia. De ahí que la entrega de comida siempre fue acompañada con lecciones de educación nutricional para producir cambios en su forma de alimentarse dejando atrás sus vicios alimenticios en favor de una alimentación más sana. Esto permitió a los individuos adquirir los conocimientos necesarios sobre cuestiones nutricionales y poder desarrollar y elegir un comportamiento alimentario determinado. El programa de nutrición pública en Kerala, fue el factor clave que desencadenó la mejora de los índices nutricionales convirtiéndolo, en el Estado con un porcentaje de 27% de niños desnutridos, el menor del país, mientras que el promedio nacional ronda el 55% y estados como Bihar o Uttar Pradesh rondan respectivamente los 66 y 59%¹¹⁶

Por último, en Kerala se llevaron a cabo importantes programas de inmunización acompañados por programas de educación para la salud llegando casi a la cobertura del 100% de protección contra la difteria, la tuberculosis, polio y sarampión en menores de un año mientras que la cobertura de estas mismas enfermedades en el resto de la India es de 68% para la tuberculosis, 61% para la polio y 50% para el sarampión¹¹⁷. Por otro lado, los casos de lepra y malaria son bastante más reducidos en Kerala, 0.9 y 4.1 casos por mil respectivamente, que en la India, 3.7 y 2200 casos por mil respectivamente¹¹⁸. Las prácticas de

¹¹⁶ Op. Cit VELKOFF, A Victoria; ADLAKHA, Arjun “*Women of the world: Women’s health in India*” p.5

¹¹⁷ Op. Cit FRANKE Richard W; CHASIN Barbara. “*The kerala decentralisation experiment: achievements, origins, and implications*” p.8

¹¹⁸ OMS-India “*Draft national health policy 2001*” p.3

prevención de enfermedades a través de la vacunación fueron acompañadas por programas de higiene llevados a cabo en las escuelas, en las reuniones de los vecindarios y en los sectores más aislados de la región como forma de concientizar a toda la población las maneras de evitar el contagio de las mismas.

Ahora bien, las políticas estrictamente sanitarias llevadas a cabo en Kerala y Neuquén complementaron a las políticas públicas que tendieron a mejorar el medio ambiente de ambas poblaciones. Podemos afirmar entonces que, fue la conjunción de las mismas, el factor que llevó al éxito la reducción de la mortalidad infantil a un ritmo y a una escala muy diferenciada del resto de sus respectivos países. Es de esperar entonces que, sólo una política que cuente con un gran apoyo político y que contemple en igual medida las mejoras y distribución equitativa en el aspecto sanitario como los no sanitarios, será fructífera a la hora de transformar la realidad sanitaria de una región. De ahí que los programas materno infantiles deban ser considerados como parte de una política integral y holística que sea capaz de brindar un marco socioeconómico y sanitario favorable para la supervivencia del recién nacido y la madre.

4 La estrategia detrás de la acción

El enfoque para el alivio de la pobreza ha ido evolucionando en el transcurso de las últimas décadas, a medida que se ha llegado a una mayor comprensión acerca del proceso del desarrollo. En los años 50 y 60 los entendidos en cuestiones de desarrollo, consideraban que la realización de inversiones de capital físico e infraestructura de gran envergadura eran el medio más eficaz y eficiente para lograr impulsar el desarrollo. Una década más tarde, aquella visión centrada en las estructuras, comenzó a dejar entrever que aquello que se creía era clave para el desarrollo, no resultó ser suficiente. En ese entonces, las mejoras en educación y salud comenzaron a ser vistas como imprescindibles a la hora de concebir la posibilidad de impulsar el desarrollo. Nuevamente, en los años 80 y como consecuencia de la coyuntura estructural de aquella época, protagonizada por la crisis de la deuda y la recesión mundial, se dio rienda suelta a las fuerzas del mercado, como receta para lograr aquel desarrollo tan deseado. Sin embargo, la estrategia basada solamente en el mercado fue insuficiente al momento de

aliviar la pobreza cada vez más pronunciada en diversos países. Es por ello que en el decenio de los 90, y ante una concepción multidimensional de la pobreza, se cambia la estrategia de acción en la lucha por la erradicación de la misma. Es en este momento que, el buen gobierno y el sector institucional pasan a ocupar el primer plano debido a la necesidad de proveer una urgente asistencia social a los más necesitados.

Ahora bien, tanto Kerala como Neuquén, siguieron este modelo de desarrollo desde sus tempranas etapas de desarrollo convirtiéndose en regiones a la vanguardia del desarrollo humano. Ambas dos, adoptaron una estrategia contra la pobreza, basada en la adopción y la combinación justa entre las políticas apropiadas encaminadas a erradicar la pobreza y la salvaguardia de los derechos humanos fundamentales. Dichas medidas se llevaron a cabo teniendo en consideración tres esferas distintas pero complementarias: "*oportunidad; descentralización y participación; seguridad.*"¹¹⁹

Oportunidad : En esta etapa se destacó principalmente la importancia de brindar a los pobres las posibilidades materiales como ser empleo, crédito, en especial en Kerala a través de los micro emprendimientos, electricidad, carreteras, educación y servicios adecuados de salud, como forma de potenciar las capacidades de cada persona. Hemos visto como el Estado fue el encargado de crear un entorno capaz de favorecer la inclusión de los más pobres a través de la inversión pública y la expansión de la infraestructura y telecomunicaciones.

Las instituciones políticas tendieron a crear nuevas oportunidades para los pobres y gente que había estado marginada durante años, ya sea del mercado laboral o de los servicios básicos, basándose en una estrategia olvidada por muchos países, la equidad. Es por ello que, se destinó una mayor parte del gasto público a políticas tendientes a mejorar la situación de los pobres y crear un entorno más favorable, mediante una gestión política eficiente.

En particular, ambas regiones ampliaron la oferta de servicios sociales básicos cuidando que la calidad fuera la óptima. Entre las medidas tomadas tendientes a aumentar las oportunidades de los pobres se encuentran, la expansión de la matrícula escolar, los programas de nutrición, y los de salud

¹¹⁹ PNUD Informe sobre desarrollo mundial 1990

materno infantil, las vacunaciones y los programas para evitar el abandono de la escuela. Existen fuertes relaciones de complementariedad entre las intervenciones en las distintas esferas de recursos ya sean físicos como humanos puesto que, por ejemplo, una mejora en la educación, ofrece grandes beneficios derivados que se traducen en mayores posibilidades de insertarse en el mercado laboral y mayores conocimientos para el cuidado de la salud lo cual nuevamente favorece la inserción en el mercado laboral. A su vez, una mayor educación favorece el cuidado del medio ambiente lo cual, se traduce en la reducción de la contaminación del agua y el aire. Ahora bien, está perfectamente documentado que el mayor cuidado del medio ambiente se traduce en mejoras en los niveles de la salud al reducirse los focos de infección tanto de enfermedades respiratorias como diarreicas. Finalmente Kerala y Neuquén, aumentaron las oportunidades de los pobres llevando las estructuras de conocimiento y servicios a los mismos, logrando salvar las dificultades de acceso a las instituciones públicas. Así pues, se requirió una intervención de las instituciones públicas en las zonas carenciadas la cual fue realizada, en mayor o menor medida, a través de la participación de la comunidad.

Descentralización y participación: Sin duda, la selección y la aplicación de medidas públicas que tienden a responder a las necesidades de los pobres dependen de la interacción de las instituciones políticas y la sociedad civil. La participación de ésta en la creación de oportunidades fue la clave del éxito en Kerala donde la participación de la sociedad y la mujer fue constantemente alentada para la realización de las políticas. De hecho, la colaboración activa de los sectores interesados en la mejora de los servicios sociales fue fundamental pues, al conocerse cuáles eran las estrictas necesidades de la población, se logró una asignación más adecuada de los recursos disponibles destinándolos a políticas específicas. La movilización de la sociedad pudo realizarse puesto que el modelo de desarrollo en esta región estuvo basado en una estrategia desde abajo hacia arriba. Por el contrario, éste no fue en caso de Neuquén dado que se optó por una estrategia de desarrollo desde arriba hacia abajo dirigida por la clase dirigente impidiendo la participación de la sociedad en la elaboración de las políticas.

Ahora bien, el proceso de descentralización experimentado en Neuquén y Kerala logró un mayor acercamiento a las necesidades de la población y a su vez un mayor control a la dirigencia política. A su vez, la mayor participación de las mujeres tanto en la política como en el mercado laboral contribuyó al aumento de la equidad entre éstas y los hombres lo cual se vio reflejado en un mayor acceso de la mujer a los servicios sanitarios y educativos.

Seguridad: ambas regiones redujeron la vulnerabilidad de los pobres frente a las enfermedades, la desnutrición y las crisis económicas favoreciendo el bienestar de ellos y contribuyendo al desarrollo del capital humano. Nuestros dos casos de estudio tomaron medidas eficaces en la gestión de los riesgos que pudieran afectar la salud del grupo materno infantil estableciendo ciertos mecanismos pertinentes para reducir los agentes nocivos que los afectan. Las políticas llevadas a cabo fueron entonces, enfocadas a lograr garantizar un determinado nivel nutricional en el grupo de riesgo. A su vez, aseguraron la provisión de medicamentos esenciales para la reducción de las enfermedades transmisibles típicas de ambas regiones y finalmente se le proveyó a los marginados de ambos lugares un acceso gratuito a servicios de alta calidad en lo que respecta a la atención primaria.

Estas tres esferas se combinaron con una cuarta variable, la equidad. La equidad en salud implica que todos tengan igual acceso a los recursos sanitarios básicos. De hecho, tanto Kerala como Neuquén reestructuraron sus políticas sociales con el fin de que toda la población, y en especial el grupo de riesgo materno infantil, tuviera acceso a los servicios necesarios para aumentar el bienestar y la salud. De hecho, en ambas regiones se pudo observar un comportamiento homogéneo en lo que hace al descenso de las muertes infantiles sea por zona o por sexo, y en el descenso de las muertes maternas como evidencia del alcance equitativo de los cambios acontecidos en las regiones.

No obstante, la equidad en el acceso no se circunscribió sólo a los servicios sanitarios sino que trascendió la esfera médica como estrategia para lograr la reducción de la mortalidad infantil. Es por ello que, puesto que es inadmisibles que el acceso a las mejoras en la salud estén determinadas por una situación azarosa fijada en el patrimonio del individuo, el Estado ofreció de forma equitativa

servicios básicos como ser agua potable, electricidad, viviendas y educación continuando con la línea de pensamiento de una política holística e integral para lograr mejoras en la salud de los recién nacidos.

Ahora bien, no se puede hablar de un orden jerárquico entre estas esferas pues todas ellas son mutuamente complementarias. Cada una de ellas influye sobre un aspecto en particular de la pobreza ayudando a encontrar una solución al problema. Las esferas mencionadas anteriormente como partes integrales de una política social, aumentan las posibilidades de los pobres de revertir los procesos de marginación contribuyendo al aumento de su bienestar general y a la mejora de los niveles de salud y calidad de vida.

Conclusión

Con frecuencia se sobreestima el valor de los recursos económicos invocando a la falta de éstos como justificación de la ausencia de políticas sociales tendientes a mejorar la calidad de vida y bienestar de una población. Sin embargo, en este documento ha quedado en evidencia la falacia de la premisa que relaciona la riqueza con un cierto grado de desarrollo humano. La economía tradicional no ha acertado al identificar las variables que contribuyen al desarrollo de un país pues le ha asignado un valor intrínseco a la riqueza siendo esta sólo un medio y no un fin en sí mismo. Así pues, he dejado en claro que actualmente, el concepto de desarrollo humano, es medido en términos del grado salud, educación y bienestar social que una población puede alcanzar y no en función de los recursos económicos.

Ahora bien, en los comienzos del siglo XXI, cuando el escenario internacional es regido por el poder del dinero y el modelo de crecimiento a cualquier costo, encontramos dos casos de desarrollo humano paradigmáticos en lugares recónditos del universo. Tanto en Kerala y Neuquén, encontré dos alternativas moralmente mejores al desarrollo experimentado por la gran mayoría de los países restantes, que dan muestra de que el desarrollo humano es posible de alcanzar, aún contando con recursos económicos limitados. En efecto, de estos dos casos empíricos se desprende una importante conclusión que es que el desarrollo económico no es una condición suficiente para alcanzar el desarrollo humano.

Estos dos modelos, únicos de desarrollo humano dado su contexto económico adverso, ofrecen un ejemplo a imitar tanto a los países más ricos como a los más pobres del orbe mundial. A los primeros, puesto que el modelo de desarrollo humano en Kerala y Neuquén se consolida como una alternativa genuina y más humanamente aceptable, basada en la lucha contra la pobreza, las inequidades y las privaciones a los derechos humanos fundamentales. En cuanto al segundo grupo, ambas regiones muestran que el desarrollo humano es posible sin la opulencia de los recursos económicos dando así una esperanza a éstos para alcanzar el desarrollo humano deseable. Asimismo, refutan la tan arraigada idea de que los países ricos necesariamente serán más sanos y estarán mejor educados y que, por el contrario, los países más pobres estarán condenados a vivir menos tiempo y en peores condiciones de vida.

De hecho, Kerala y Neuquén se convierten en un ejemplo para el mundo entero pues demuestran que el desarrollo humano es posible a través de simples tareas a seguir. En primer lugar, a través de la correcta asignación de recursos en la implementación de políticas integrales que tengan en cuenta las causas multidimensionales de la pobreza. En segundo lugar, por medio de un alto compromiso político en la realización de políticas sociales que beneficien realmente a los necesitados. Luego gracias a un Estado articulado eficientemente y finalmente dando gran importancia a la educación, especialmente al proceso educativo de la mujer. En efecto, "hombre, pueblo, Nación, Estado, todo: todo está en los humildes bancos de la escuela"¹²⁰

Si bien no intento extraer de estos casos de estudio, una receta mágica para alcanzar el desarrollo humano, este documento trata de poner en evidencia que el hecho de transitar el camino hacia el mismo, no está condicionado por aspectos económicos, culturales, religiosos o geográficos. Debemos recordar que tanto Kerala como Neuquén son dos regiones que no cuentan con un alto desarrollo económico, son culturalmente y religiosamente muy distintas y finalmente son dos regiones del "sur". De hecho, el desarrollo humano es viable en tanto y en cuanto exista voluntad política para alcanzarlo mediante la correcta asignación de prioridades y la proclamación de una sociedad más equitativa.

"Si los pueblos no se ilustran, si no se universalizan sus derechos, si el hombre no sabe lo que quiere, lo que puede y lo que se le debe: nuevas ilusiones sucederán a las antiguas y después de vacilar entre mil incertidumbres, será tal vez su suerte cambiar de tirano pero no la tiranía".¹²¹

¹²⁰ Op. Cit. SARMIENTO, F Domingo Clarín "Textos de ayer para la Argentina de mañana" p. 47

¹²¹ MORENO, Mariano en MAZZEI, Juan Antonio "Política de salud y educación" en seminario de "Estado de bienestar: mito o realidad" colección año VII n°11 p.186

Bibliografía

- AMICK, Benjamin C.; LEVINE, Sol; TARLOV, Alvin R.; WALSH, Diana C. (eds). "Society and Health". Oxford University Press, New York, 1995
- ARCE, Hugo E. "Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en la Argentina". CEPAL-GTZ, Buenos Aires, 1996
- ATKISSON, Alan. "Kerala : a lesson in light living" Bulletin of Concerned Asian Scholars, 1997 www.chss.montclair.edu
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Informe "Progreso Económico y Social en América Latina: Cómo organizar con éxito los servicios sociales". Washington, 1996
- Banco Mundial. "Atención de salud en la india: el aprendizaje basado en la experiencia" n° 187 1999.
- Banco Mundial. Informe "Lucha contra la pobreza" en el desarrollo mundial 2000/2001 . Washington , DC
- Banco Mundial. Informe *Argentina: "Examen del sector de la salud."* Buenos Aires, 1986
- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial "Invertir en salud." Washington, 1993
- BELLO, Julio N. "Políticas de salud 1976/81" en revista CIAS del Centro de Investigación y Acción Social n° 307/308 octubre Buenos Aires, 1981.
- BID. BIRDSSALL Nancy; HECHT Robert. "Swimming against the tide: strategies for improving equity in health". 1998
- Boletín: "Reflexiones sobre la lógica social y la lógica económica en salud pública" en Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. año 4 n° XIV en Documento de Consenso de la Comisión de Salud Pública del CCPM marzo 1999
- CALLEJÓN, Maria y ORTUN, Vicente "Kerala: 71 años de esperanza de vida con 300 dólares per cápita" en "Igualdad, eficiencia y financiación autonómica de la sanidad" editorial AES, Abril 2000.
- Consejo de certificación de profesionales médicos, comisión de salud pública "Las reformas de salud desde la lógica de la equidad y la eficiencia" 1998
- Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo. "Informe sobre desarrollo humano 1996 de la provincia de Neuquén" autoridades provinciales marzo 2002
- EVANS, Robert G.; BARER, Morris L.; MARMOR, Theodore R. (eds.). "Why are some people healthy and others not?" Aldine de Gruyter, New York, 1994
- FALLETI, Tulia "Federalism and Decentralization of Education in Argentina" Department of Political Science Northwestern University. Septiembre, 2001

- FAO Informe "*Nutrition country profiles –India*" 1998
- FAO Informe 1998
- FRANKE , Richard W. y CHASIN Barbara. "*Kerala : a valid antervative to the new world order*" Bulletin of Concerned Asian Scholars, 1998 www.chss.montclair.edu
- FRANKE, Richard W. y CHASIN Barbara . "*Female support household: A continuing agenda for the kerala model?*" Economic and political weekly, marzo 1996 www.chss.montclair.edu
- FRANKE, Richard W y CHASIN, Barbara. "*The relevance of the Kerala model in the emerging world order*" Montclair State university Upper Montclair, New Jersey USA Presentado en el Congreso Internacional de Estudios de Kerala , Universidad de Kerala, Triruvanathapuram, agosto 1994 www.chss.montclair.edu
- FRANKE, Richard W. "*Fueling economic growth throught democratic participation: three lessons from Kerala, India*" Chautauqua institution lecture series, Agosto 2001 www.chss.montclair.edu
- FRANKE, Richard W. "*Lessons in democracy from Kerala State, India*" University Lecture, 1999 www.chss.montclair.edu
- FRANKE, Richard W. y CHASIN , Barbara. "*Power to malayee people*" Economic and Political Weekly 32, n 48, 1997 www.chss.montclair.edu
- FRANKE, Richard. W y CHASIN , Barbara "*The Kerala decentralisation experiment: achievements, origins and implications*" presentada en la conferencia Internacional de Descentralización Democrática. Universidad de Kerala, Thiruvanthapuram, Kerala, 2000 www.chss.montclair.edu
- GARCIA BATES, Alicia y PERRONE A. Néstor. "*Mortalidad infantil en la provincia de Neuquén, estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980*" diciembre 1983.
- GARCÍA DÍAZ, Carlos "*La salud en un mundo de cambio*" en Fundación Hernandarias , Buenos Aires, tomo 1, 1994.
- GERTLER, Paul y VAN DER GAAG, Jackes. "*Health , health care, and development*" en "*The willingness to pay for medical care*". Johns Hopkins University Press. Baltimore, 1990.
- GOMEZ Clavelina E IRIGOYEN Coria. "*La pobreza , generadora de enfermedad en al ámbito familiar*" en revista Archivos en Medicina Familiar, 2(2): 35-37,2000
- Grupo Banco mundial. "*Planificación familiar: programas eficaces para el desarrollo*" basado en publicación del banco mundial "*Effective planning programs*", Washington D.C, 1993.

- HAMILTON, Gabriela. "Exclusión de la protección social en la salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos" ediciones AES. Buenos Aires, Argentina, 2000
- ILLICH, Ivan "Medical nemesis. The expropriation of health" Bantam books. 1995
- Journal of Epidemiology and Community Health . BAUM F. "Health , equity , justice and globalisation: some lessons from the people ´s health assambly" 55:613-616, 2001
- KATZ, Jorge y colaboradores. "El Sector Salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento". Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1992.
- KLIKSBURG, Bernardo. "¿Cómo reformar el estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000?" Revista de la Facultad de Ciencias Económicas año V n° 16
- KLIKSBURG, Bernardo. "Los escenarios sociales en América Latina" en Revista Panamericana de Salud Pública, 2000
- LALONDE, Marc. "A new perspective on the health of canadians" Ottawa, abril 1994
- LE BIHAN, Genevieve; DELPEUCH, Francis; MAIRE, Bernard. "Nutrición, Alimentación y Políticas Públicas" Instituto de investigación para el desarrollo. Versión 1 Montpellier Francia, junio 2001.
- MAZZEI, Juan Antonio. "Políticas de salud y educación" en seminario de " Estado de bienestar: mito o realidad" colección año VII n° 11
- MCKIBBEN, Bill. "What is true development? The Kerala model" Bulletin of Concerned Asian Scholars, 1998 www.chss.montclair.edu
- Ministerio de Salud y Acción Social; OPS-OMS. "Argentina: Descripción de su situación de salud". Buenos Aires, 1985
- MORENO, Elsa. "La mortalidad infantil en la provincia de Neuquen, Argentina" en OPS "Condiciones de salud del niño en las Américas" Publicación Científica n°381. Washington, DC, USA,1979
- MORENO, Elsa. "Morbimortalidad en la niñez" en "Hoy y mañana : salud y calidad de vida para la niñez argentina". 1998
- MULAS SANZ, Andrés. Y PINEDA NEBOT Carmen. "Presupuesto y participación: la experiencia de porto alegre y Kerala", 1999 www.aecpa.es
- NERI, Aldo C. "Política social y de salud". Hachette, Buenos Aires, 1982
- OMS (Organización Mundial de la Salud)"La salud en el desarrollo" 52º Asamblea mundial de la salud Ginebra, 1999
- OMS- India "Draft national health policy – 2001" 2001
- OMS. Informe "Collaborative achievement in 1998-1999 in India"

- OMS. Informe sobre la salud del mundo "La OMS evalúa los sistemas de salud del mundo" 2000
- OMS. LOPEZ, Alan; INOUE Mie; AHMAD, Omar. "Mortalidad infantil. Reevaluación de la disminución de la mortalidad infantil" en Boletín de la OMS artículo n° 4, 2001
- OMS. PRAKASH JAI, Indira. "Ageing in india" Ginebra 1999.
- OMVEDT, Gail. "Disturbing aspects of Kerala society" Bulletin of Concerned Asian scholars www.chss.montclair.edu
- ONU Consejo económico y Social. "Informe conciso sobre las tendencias demográficas internacionales, 1998: salud y mortalidad" 1998.
- ONU. "Food and nutrition bulletin" vol 12, n° 2, 1990
- ONU/ Executive Board of the United Nations Development Program and the United Nations Population Fund. "First country cooperation framework for India 1997-2001" diciembre 1996.
- ONU-Argentina. "Análisis de la situación de la infancia argentina" 2002.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) "Salud materno infantil y atención primaria en las Américas, hechos y tendencias" publicación científica n° 461. Washington, USA, 1984
- OPS "Argentina, situación de salud y tendencias 1986-1995" publicación n°46. Buenos Aires, Argentina
- OPS. "Inequalities in infant mortality in the American region: basic elements for analysis" en Epidemiological Bulletin vol 22. n° 2, junio 2001.
- OPS. "Mortalidad infantil, un indicador de la gestión local" publicación n°51. Buenos Aires, Argentina,, 2000.
- OPS. CASTILLO SALGADO Carlos; Dr LOYOLA Enrique ; ROCA Anne "Inequalities in infant mortality in the american region: basic elements for analysis" en Epidemiological Bulletin ,vol 22, n°2 junio 2001.
- OPS-Argentina "Situación de la equidad en salud. Argentina 1999" www.ops.org.ar
- OPS. "Salud para todos en el año 2000". Estrategias. OPS, Washington, 1980
- PASSANTE, Maria Inés. "El desarrollo humano en la Argentina" en Boletín de Lecturas Sociales y Económicas 2000
- PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo). Informe sobre desarrollo humano edición 1990. 1991. 1993. 1996. 1998. 1999. 2000.1997
- RAO, Nitya "Cooperación con la sociedad civil para lograr los objetivos sociales a través de la educación" ,marzo 2002 www.iiz-dvv.de

- SEN, Amartya. "Desarrollo y Libertad" Editorial Planeta S.A Barcelona 2000 .
- SEN, Amartya. "La salud en el desarrollo" informe especial en Discurso inaugural en la 52 asamblea mundial de la salud. Ginebra, mayo 1999.
- SEN, Amartya. "La vida y la muerte como indicadores económicos" investigación y ciencia, Madrid, julio 1993.
- SEN, Amartya. "Mortality as an indicator of economic success and failure" The economic journal , enero 1998
- STARFIELD , Bárbara. "Income equity and primary care- new directions for health policy" Buenos Aires conference on equity . abril 2000
- THARAMANGALAM, Joseph. "The perils of social development without economic growth: the development debacle of Kerala, India". Bulletin of Concerned Asian Scholars, 1998 www.chss.montclair.edu
- UN Population Division "Informe de la conferencia internacional sobre población y desarrollo" el Cairo 1994.
- UNDP. CALVERT, Paul. "The compost toilet: a positive experience in Kerala State, India" Ecosolutions en Global Environmental Sanitation Initiative. 2002
- UNDP. Informe argentino sobre desarrollo humano edición 1995
- UNDP. Informe argentino sobre desarrollo humano edición 1996
- UNDP-India . KUMAR, Shiva "Poverty and human development in India: getting priorities rights" 1998
- UNESCO. SAINATH, P "No hay peor ciego que el que no quiere ver" 2001
- UNICEF Argentina. Indicadores básicos 2002.
- UNICEF staff working papers. Evaluation, Policy and Planning Series n° EPP-EVL-98-005. MEHROTRA, Santosh "Education for all: policy lessons from high achieving countries" New York, 1998.
- UNICEF. Indicadores básicos mundiales 2002.
- UNICEF. Informe "El estado mundial de la infancia" 1997
- UNICEF. Informe "Mortalidad materna: violencia por omisión" 1999.
- UNICEF. Informe "El estado mundial de la infancia 1999" 1999
- UNICEF-Africa. Estadísticas 2002.
- UNICEF-Argentina. Estadísticas 2002.
- Unión internacional de telecomunicaciones. "Conferencia mundial de desarrollo de las telecomunicaciones." La Valetta , Malta, marzo-abril 1998.
- Unites Nations Populations Fund Informe "El estado de la población mundial 2001"

- UNRISD. Boletín de desarrollo social del UNRISD "El desarrollo social y las políticas del sector público" n° 14, 1996
- VELKOFF. A, Victoria; ADLAKHA, Arjun. "Women of the world: Women's health in India" International Programs Center, US Department of Commerce, Bureau of the Census, diciembre 1998
- WERNER David y SANDERS David. "Promesas incumplidas" publicado por Healthwrights. Grupo de trabajo a favor de la salud y los derechos del pueblo, 2000

Diarios y Revistas.

- Ciudadano. "Mortalidad materna", septiembre 2001. www.revistaciudadanos.com
- Clarín. DOMINGO F. Sarmiento "Textos de ayer para la Argentina de mañana". 2002
- Clarín Económico. KLIKSEBERG, Bernardo "Economía y pobreza" Buenos Aires, octubre 1998.
- El Mundo. REYES GUITIAN Belén. "La india tiene desde hoy 1.000 millones de habitantes", marzo 2002.
- El Nuevo Diario. PETRONILLA TERAN, Hidalgo "Salud para todos en el 2000". Nicaragua, Diciembre 1998. www.elnuevodiario.com
- Informando y reformando. "Boletín de la alianza para la investigación en política y sistemas de salud" n°3, marzo 2001.
- La Gaceta de Económicas, UBA. KLIKSEBERG Bernardo "Muchos perdedores, pocos ganadores" Buenos Aires, 2000.
- La Nación. KLIKSEBERG, Bernardo. "Bases sociales de la salud", marzo 2000.
- Le Monde Diplomatique. ODILE, Jacob. "La liberté des femmes, atout du développement", septiembre 2000
- Noticias y Opiniones. Instituto internacional de investigación sobre políticas alimentarias "Retroceso de la pobreza en la India", septiembre 1999
- Página 12. HITCHENS Christopher. "Gente que tiene gente", 1998
- Página 12. LARGACHA MARTINEZ, Carlos. "La sociedad civil como brazo extensor del gobierno", 1998
- Revista DHIAL (Desarrollo Humano e institucional en América Latina). PRATS, Oriol "Desarrollo humano y sociedad de la información", diciembre 2000 www.iigov.org

Direcciones electrónicas

- www.buenosdiasplaneta.org "Recursos mundiales 2000" editorial ecoespaña.

- www.cambiocubano.com
- www.eclac.org. "América Latina: tasas de mortalidad infantil estimadas según quinquenios por países"
- www.guiadelmundo.org.uy Información general de India
- www.habitat.aq.upm.es "Participación social y económica de las mujeres pobres de la india", 2000
- www.habitat.aq.upm.es "Mitigación de la pobreza mediante la participación de la comunidad : servicios urbanos básicos para los pobres(india)" ,2000
- www.habitat.aq.upm.es " Sistema de CDS de Kerala: participación de los pobres en la gestión de la pobreza, Kerala (India)" ,1998
- www.habitat.aq.upm.es "Estrategia de construcción de vivienda económica y ecológica (India)", 2000
- www.habitat.aq.upm.es "Transferencia de tecnología básica , información , orientación y construcción de vivienda asequible. (India)", 2000
- www.indiatimes.com
- www.kerala.com información general de kerala
- www.kerala.gov. Sitio oficial del gobierno de Kerala.
- www.lafacu.com SEN, Amartya " Teorías del desarrollo del siglo XXI"
- www.lafacu.com SEN, Amartya " Cual es el camino del desarrollo?"
- www.lafacu.com " India" información general sobre India
- www.lafacu.com. SEN, Amartya " Cúal es el camino del desarrollo."
- www.latinsalud.com CLARI, Pablo y BERTOZZI, Alejandro. "Mortalidad infantil".
- www.meadev.gov.in
- www.msal.gov.ar Políticas de salud del ministerio "Situación de salud de la Argentina". 1999
- www.onu.org.ar ONU. Salud en Argentina.
- www.patagonia.com.ar LUORNO, Graciela; SCURI Carolina; GONZALEZ Alicia. "Crecimiento demográfico e identidad colectiva. Neuquen." 1995
- www.unrisd.org
- www.123indiainfo.com

Lic. Mariana Fernández : Licenciada en Estudios Internacionales de la Universidad Torcuato Di Tella, Buenos Aires, Argentina

