

Kerala y Neuquén: dos oasis de desarrollo humano

Lic. Mariana Fernández*

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. Sin embargo, aunque el mundo globalizado de hoy conozca una prosperidad económica sin precedentes en términos generales, detrás de este 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 África y Latinoamérica y 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 en su interior. Sobre un total de 6.000 millones de habitantes, 2.800 millones –casi la mitad– vive 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 Meridional.¹ Asimismo, de los 4.600 millones de habitantes de los países en desarrollo, más de 850 millones son analfabetos, y se estima que más de la mitad de los fallecimientos de niños menores de 5 años en los países en desarrollo están íntimamente relacionados con la desnutrición combinada con diversas infecciones.

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 pobres. Asimismo, al analizar la tasa de mortalidad infantil, se observan grandes contrastes entre los países pobres y los países ricos. Los niños que no llegan a cumplir el año de vida en los países más desarrollados son menos de 4 por mil, mientras que en los países más pobres una quinta parte de los niños no alcanza esa edad. Por otro lado, al observar la esperanza de vida de la población de países desarrollados, se observa que ésta alcanza los 74,5 años en Japón, 73 años en Suecia y 72 años en Canadá, mientras que en el Brasil es de 59 años y en la mayoría de países africanos este índice es inferior a los 35 años.²

2. NUEVA VISIÓN DEL DESARROLLO

De lo expuesto, podemos concluir entonces que hoy “el mundo tiende a dividirse cada vez más entre muchos perdedores y pocos ganadores.”² 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. De hecho, 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 a través de los mecanismos del mercado, podemos afirmar que la población de los países más ricos como Suecia, con un PBI per cápita de u\$s 26.210, o Francia con un PBI per cápita de u\$s 26.300 tendrán mejor salud, estarán mejor educados y vivirán más años que la gente de países como Mozambique o

* Licenciada en Estudios Internacionales de la Universidad Torcuato Di Tella marufer01@hotmail.com

Nigeria, que cuentan con un PBI per cápita de u\$s 140 y u\$s 200 respectivamente. 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, debido a 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, 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. El nuevo enfoque trasciende el mero hecho de la acumulación de riquezas para medir el desarrollo de un país, puesto que la visión economicista “no tiene en cuenta la composición del valor agregado entre los bienes socialmente útiles, como educación y salud y por otro lado, los bienes producidos para otros fines como ser el armamento”.³ Así pues, el desarrollo humano ve en el ingreso nacional solamente un medio necesario pero no suficiente para mejorar las condiciones sociales de la población. Como señaló Aristóteles a Nicomaco al comienzo de su *Ética* “la riqueza no es, desde luego, el bien que buscamos, pues no es más que un instrumento para conseguir otros fines”. Aunque, sería necio decir que el factor económico no facilita el desarrollo humano de la población 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. 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. KERALA Y NEUQUÉN: DOS OASIS DE DESARROLLO HUMANO

Ahora bien, en el mundo en desarrollo existen algunos ejemplos excepcionales que demuestran que el desarrollo humano es posible a pesar de una baja renta mientras 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 a la educación. Kerala y Neuquén, son dos casos paradigmáticos, puesto que lograron obtener un alto desarrollo humano en materia de salud y de educación, en forma aislada del resto del país, convirtiéndose en dos “oasis” de desarrollo humano. De hecho, tanto Kerala como Neuquén fueron elegidos entre países del subdesarrollo pues corroboran las siguientes hipótesis: 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 mientras genere recursos que permitan 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 produzca grandes frutos económicos.

En resumen, 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, especialmente en las mujeres, c) mayor atención primaria para toda la población. En efecto, la viabilidad de este tipo de progreso no impulsado por el crecimiento sino por el apoyo a políticas sociales como la educación básica y la salud prima-

ria, depende de que éstas requieren gran intensidad de mano de obra y debido a que en las economías pobres los salarios son bajos, ese tipo de políticas resulta ser menos costosa. El corte temporal elegido para analizar el caso de la provincia de Neuquén es la década del 70, principalmente, ya que marca una ruptura con la antigua situación sanitaria de la provincia. Este corte se extenderá a la década anterior y a la posterior para mostrar la evolución existente, realizando un análisis a través del tiempo. Por otro lado, en el caso del estado de Kerala, el análisis se realizará mediante la comparación de este Estado con otros del territorio indio, debido a las marcadas diferencias existentes entre éstos y principalmente debido a que las mejoras de salud en Kerala tuvieron un carácter progresivo, lo cual impide marcar un punto de partida para el análisis. La variable de fondo del estudio para ambos casos está constituida por la mortalidad infantil.

**4. CASOS DE ESTUDIO:
ASPECTOS GENERALES**

4.1. Perfil de la India

La situación económica 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 indicadores de salud como la alta mortalidad infantil, que en promedio era de 69 por mil en 1998, la baja tasa de alfabetización de 69% para los hombres adul-

tos y de 42% para las mujeres y la esperanza de vida de sólo 63 años,⁴ dan muestra del pobre desarrollo humano de este país. Sin embargo, las estadísticas nacionales enunciadas anteriormente ocultan la gran heterogeneidad que presentan los estados de la India. 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 de Gujarat. Por otro lado, los estados de Madhya Pradesh y Orissa, son los más afectados por la desnutrición adulta e infantil, elevando la tasa de mortalidad infantil a 110 y 120 por mil respectivamente mientras que otros Estados, como Kerala, tienen una tasa de mortalidad infantil de 12 por mil.⁵

Kerala se ha convertido en los últimos años en un Estado a la vanguardia del desarrollo dentro de la India por 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 que ya para 1990 era de 74,7 años,⁶ una cifra que se asemeja a la esperanza de vida de países como Estados Unidos (77 años), Corea del Sur (73 años), y Republica Checa (74 años). Sin embargo, al observar el PBI per cápita de Kerala, de u\$s 300⁷ y el PBI per cápita de los países nombrados anteriormente, de u\$s 29.080, u\$s 10.550 y u\$s 5.240, respectivamente,⁴ vemos el extraordinario desempeño de este pequeño Estado sureño en cuanto a brindar ayuda social. Asimismo, Kerala también se destaca en materia educativa pues cuenta con un porcentaje de alfabetización de casi el 100%,⁷ digno de comparación con países más desarrollados, como Estados Unidos y España, que ostentan por-

GRÁFICO 1. *Porcentaje de partos institucionalizados y partos atendidos por personal profesionalizado.*

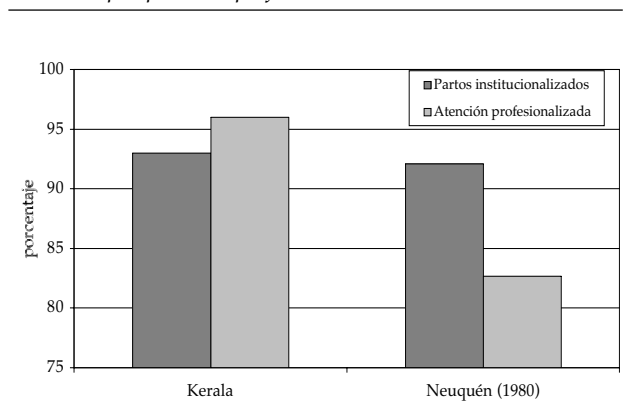
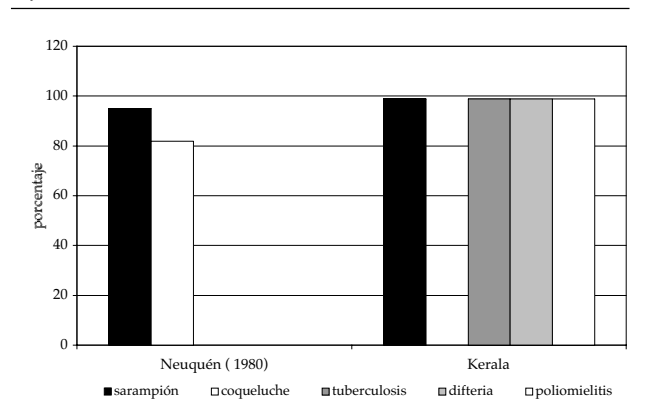


GRÁFICO 2. *Porcentaje de cobertura de vacunación para algunas enfermedades.*



centajes de alfabetismo del 99% y del 97%, respectivamente.

4.2. Perfil de la Argentina

Ahora bien, la situación de la Argentina, evidencia también una doble realidad en materia sanitaria y de desarrollo humano a lo largo y a lo ancho de su vasto territorio. Desde el punto de vista económico, la crisis del modelo agroexportador 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 iniciaron 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, aumentando la desocupación. 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 y a la pauperización de varios sectores de la sociedad. 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‰ mientras que la mortalidad infantil de Suecia en 1977 era sólo de 8‰ y la de Chile era de 53‰ en 1976. Lo sorprendente surge al desagregar las causas de las muertes infantiles, debido a que se observa el grado de retraso de la Argentina en materia sanitaria y social. Del 62‰ de muertes infantiles en Argentina, el 30% era provocado 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 estas causas.⁸

Pese a lo recientemente señalado, 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 buenos desempeños en salud y educación. Los indicadores a lo largo del país acusan grandes contrastes, reflejando distintos grados de desarrollo. De hecho, Neuquén, logró destacarse durante la década del 70 debido a la rápida reducción de la mortalidad infantil y al mejoramiento de las condiciones de vida de su

población. Las mejoras en salud y educación, fueron los principales objetivos a alcanzar en la estrategia de desarrollo de esta provincia, convirtiéndola en un oasis de desarrollo humano. La marcada declinación de la mortalidad infantil se asoció principalmente con 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‰, la más alta del país. Pero a partir de ese año comenzó a experimentar una tendencia descendente hasta llegar a una cifra de 32,5‰ en 1980.⁹

5. ELEMENTOS COMUNES DE LA POLÍTICA INTEGRAL DE KERALA Y NEUQUÉN

5.1. Compromiso político

Tanto Kerala como Neuquén, implementaron una política integral de desarrollo que les permitió alcanzar altos niveles de salud a bajo costo, logrando 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 de ambas regiones fue la presencia de un alto compromiso político en la búsqueda de la equidad en el acceso a los servicios básicos. Los dos casos de estudio crearon una política 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 la regionalización de la infraestructura sanitaria con aspectos estrictamente sanitarios, como factores determinantes para la reducción de la mortalidad infantil. 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, 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 para asegurar su gratuidad. De hecho, el rol del estado fue fundamental, puesto que éste reorientó las prioridades políticas con el fin de cubrir y proveer los

servicios y bienes básicos a la población en contradicción con la tendencia global de reducción de sus funciones como proveedor. Pero, la intervención del estado no trató de volver a las visiones pasadas de un estado omnipotente sino que se pensó en un modelo de "estado social inteligente",¹⁰ es decir, un estado articulado en redes productivas con la sociedad civil con el fin de mejorar las condiciones de vida de toda la población sin excluir a los más desfavorecidos.

5.2. Vivienda e infraestructura

La situación general de la vivienda en Neuquén en el período estudiado da muestra de un crecimiento del parque de viviendas en un 170%, logrando absorber el crecimiento de la población. De esta manera se favoreció la disminución de la cantidad de ocupantes por vivienda para evitar el hacinamiento. Hubo también un gran cambio cualitativo operado en las viviendas debido al proceso de urbanización y modernización, con notable disminución de la vivienda precaria y mejoría de 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 mientras que aumentó en un 31,6% el porcentaje de casas y departamentos⁷ con instalaciones y servicios adecuados, favoreciendo al mejoramiento de las condiciones de vida de los neuquinos.

En Kerala, también se 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*" de la India. En centro fomentó técnicas de construcción económicas y ecológicas para brindar vivienda a las miles de personas desprovistas de hogares. A su vez, la situación de Kerala antes de la implementación de los programas de agua potable era bastante caótica, principalmente entre los pueblos pesqueros, debido a que el 80% no tenía acceso a letrinas y el 50% de ellos no tenían acceso a agua potable. Ante esta situación, en Kerala se desarrolló una nueva tecnología de retretes ecológicos llamados "*the compost toilet*" cuyos costos en tecnología son bajos, ahorra y protege el agua, recicla desperdicios, previene la contaminación y permite a cada familia tener su propio retrete.

5.3. Educación

El panorama educativo de la provincia de Neuquén desde la década de los 70, estuvo signado por un incremento en la asistencia escolar, aumento del nivel de instrucción alcanzado y mayor disponibilidad de recursos destinados a la docencia, especialmente en lo que respecta a la población femenina. En 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. A su vez, la matriculación de alumnos aumentó un 81%, aunque de mayor significación resultan los valores observados en los distintos niveles educativos. Estos datos demuestran una evolución y mejora en el nivel de capacitación de los alumnos en su conjunto, reflejado en el aumento del nivel de instrucción alcanzado. Dentro de este contexto, la mujer también redujo su índice de analfabetismo del 24% al 7%.¹¹ El aumento del nivel educativo de las mujeres neuquinas tuvo un gran impacto en la variación observada en 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.

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 de 39% para las mujeres,¹² bastante diferentes a las que hoy ostenta el estado sureño. Ante estas altas tasas de analfabetismo se impulsó un proyecto de educación a lo largo de toda la región, logrando la erradicación del analfabetismo en 1991. 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 los porcentajes de mujeres educadas es prácticamente igual al de los hombres, hecho completamente extraño en los demás estados de la India.

5.4. Aspectos sanitarios

Corresponde ahora analizar la evolución observada en el sector salud propiamente dicho, teniendo en cuenta el aumento de la disponibilidad de recursos sanitarios, la re-

estructuración del sector, la ampliación de actividades desarrolladas tendientes a brindar mayor ayuda al grupo materno-infantil y el criterio con el cual se reparten. Sin duda, este grupo 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 su regionalización y la racionalización de los recursos. Estas reformas se integraron a una política global de organización sanitaria. Esta se basó en las acciones de prevención y promoción de enfermedades como forma de optimizar los recursos limitados con que cuentan y se puso especial énfasis en aumentar la oferta de servicios menos complejos, destinados a proporcionar atención médica primaria.

A su vez, en ambas regiones se produjo un aumento de la oferta disponible de establecimientos y un cambio cualitativo de ellos. 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 ambas regiones. A su vez, en ambas regiones comenzaron a realizarse sistemáticamente actividades de control de embarazo en forma ambulatoria como una estrategia viable para reducir las muertes neonatales y maternas. También fue preciso mejorar la atención del período perinatal y del momento del alumbramiento a través de la identificación de las embarazadas de alto riesgo y de la institucionalización de los partos. En efecto, el *Gráfico 1* pone en evidencia los altos porcentajes de partos institucionalizados y atendidos por personal calificado lo cual redujo la mortalidad infantil y materna en Kerala y Neuquén.

Por otro lado, se le dio gran importancia a la educación de las madres, con especial énfasis en el cuidado de los niños, incentivando las actividades de vacunación. De esta forma se redujo el porcentaje

de las enfermedades parasitarias e infecciosas.

Finalmente, ambas regiones dieron gran importancia a la nutrición de los niños proveyendo los alimentos de primera necesidad y educando a las madres para que pudieran desarrollar y elegir un comportamiento alimentario adecuado logrando que se redujera la desnutrición infantil y como consecuencia directa, la mortalidad infantil.

7. CONCLUSIÓN

Con frecuencia se sobrestima el valor de los recursos económicos invocando su falta como justificación de la ausencia de políticas sociales tendientes a mejorar la calidad de vida y bienestar de una población. Sin embargo, queda 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 ésta sólo un medio y no un fin en sí mismo.

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 como en Neuquén encontré dos alternativas moralmente mejores que dan muestra de que el desarrollo humano es posible de alcanzar, aun contando con recursos económicos escasos. Estos dos modelos únicos de desarrollo humano debido a 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 estos países 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 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 sencillas tareas a seguir. ■

REFERENCIAS

1. Grupo del Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001. [en línea] PovertyNet. 18 de Septiembre de 2002. <<http://www.worldbank.org/poverty/spanish/wdrpoverty>> [Consulta: Abril de 2003].
2. Kliksberg B. Muchos perdedores, pocos ganadores. [en línea] Banco Interamericano de Desarrollo: Ética y desarrollo, 2003. <http://www.iadb.org/etica/documentos/kli_mucho.htm> [Consulta: abril de 2003].
3. Sen A. La salud en desarrollo. [en línea] Organización Mundial de la Salud. 52° Asamblea Mundial de la Salud. A52/DIV/9. <http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA52/swd9.pdf> [Consulta: abril de 2003].
4. Werner D, Sanders D. Introducción: Promesas incumplidas. En: Werner D, Sanders D. Cuestionando la solución: la atención primaria de la salud y la supervivencia infantil. [en línea] Healthwrights, 13 de febrero de 2000. <<http://www.healthwrights.org/static/cuestionando>> [Consulta: abril de 2003].
5. Departamento Económico y Social. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Perfiles nutricionales por países. [en línea] FAO. <<http://www.fao.org/es/esn/nutrition/ind-s.stm>> [Consulta: abril de 2003].
6. Informando y reformando. [en línea] Boletín de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Marzo de 2001, N° 3. <<http://www.alliance-hpsr.org/newsletter>> [Consulta: abril de 2003].
7. Franke RW. Lessons in democracy from Kerala state. University Lecture. [en línea] Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Estatal de Montclair. New Jersey, USA. 25 de marzo de 1999. <<http://www.chss2.montclair.edu/anthropology/frankekeralastate.htm>> [Consulta: abril de 2003].
8. Bello NJ. Políticas de salud 1976-1981. Revista del Centro de Investigación y Acción Social 1981 [octubre]; N° 307/308.
9. Moreno E. Morbimortalidad en la niñez, hoy y mañana. Salud y Calidad de vida en la niñez en la Argentina. Buenos Aires: Centro de Estudios de Nutrición Infantil (CESNI), 1999.
10. Kliksberg B. ¿Cómo reformar el Estado para enfrentar los desafíos sociales del 2000? Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. [en línea] Revista de la Facultad de Ciencias Económicas 2000; V(16):235-269. <<http://economia.unmsm.edu.pe/revista/num/rev016/REV16-ART16.PDF>> [Consulta: abril de 2003].
11. García Bates A, Perrone N. Mortalidad en la provincia de Neuquén. Estudio de su evolución en dos décadas 1960-1970-1980. Diciembre, 1983.
12. UNICEF. Working paper evaluation policy and planning series N° EPP-EVL-98-005. Education for all: Policy lessons from high-achieving countries. New York: UNICEF, 1988.

DIRECCIONES DE SITIOS WEB DE INTERÉS

Ministerio de Salud de Nación

<http://www.msal.gov.ar>

http://www.msal.gov.ar/htm/site/links_interes.asp

(ver los links del Ministerio)

Ministerios de Salud de otros países de América

Chile

www.minsal.cl

Colombia

www.minsalud.gov.co

Perú

www.minsa.gov.pe

Uruguay

www.msp.gub.uy

Costa Rica

www.netsalud.sa.cr/ms

Bolivia

www.sns.gov.bo

Ecuador

www.msp.gov.ec

Brasil

www.saude.gov.br

El Salvador

www.mspas.gob.sv

Nicaragua

www.minsa.gob.ni

Guatemala

www.mspas.gob.gt

Jamaica

www.moh.gov.jm

Venezuela

www.msds.gov.ve/msdsweb

Canadá

www.hc-sc.gc.ca

Cuba

www.cubagob.cu/des_soc/Salud

México

www.ssa.gob.mx