

El modelo de Kerala 25 años después. Lecciones en tiempos de Covid

Gemma Cairó-i-Céspedes¹ 

Recibido: 22 de abril de 2022 / Aceptado: 23 de septiembre de 2022 / Publicado: 14 de abril de 2023

Resumen. El estado indio de Kerala, reconocido por su modelo de desarrollo humano cuyos logros distan del resto de India y del mundo en desarrollo, ha sido capaz de enfrentar el Covid exitosamente a pesar de las adversas condiciones específicas que caracterizan a la región. El legado del modelo de Kerala, especialmente la disponibilidad de un sistema de salud público y un alto nivel educativo de su población, junto con una efectiva acción colectiva desde donde se retroalimenta un estado proactivo y una sociedad organizada, explican los buenos resultados en la contención de la pandemia del Covid, así como en el alivio de sus impactos socioeconómicos.

Palabras clave: Modelo de Kerala; Covid; Desarrollo humano; Acción colectiva; Cooperación.

Claves Econlit: I15; I25; I38; L31; L38.

[en] The Kerala model 25 years later. Lessons in Covid times

Abstract. The Indian state of Kerala, recognized for its model of human development whose achievements are far from the rest of India and the developing world, has been able to successfully deal with Covid despite the adverse conditions that the region faced. The legacy of the Kerala model, especially the availability of a primary care public health system and high educational levels, together with an effective public action where a proactive state and an organized society are fed back, explain the good results in containment of the Covid pandemic, as well as in alleviating its socioeconomic impacts.

Keywords: Kerala model; Covid; Human development; Public action; Cooperation.

Sumario. 1. Introducción. 2. El modelo de desarrollo social de Kerala. 3. El afrontamiento del Covid en Kerala. 4. Crecimiento vs. equidad en Kerala. ¿Un falso dilema?. 5. Reflexiones finales. 6. Referencias bibliográficas.

Cómo citar. Cairó-i-Céspedes, G. (2023). El modelo de Kerala 25 años después. Lecciones en tiempos de Covid. *REVESCO. Revista de Estudios Cooperativos*, 1(143), e85560. <https://dx.doi.org/10.5209/reve.85560>.

1. Introducción

A mediados de los años 1990s el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo caracterizaba la experiencia de desarrollo humano del estado indio de Kerala² como única en el mundo en desarrollo, calificando el modelo como uno de “desarrollo humano sostenible mediante la acción pública” (PNUD, 1996). La consecución de altas cotas de desarrollo humano en la región en términos educativos y de salud en una India todavía caracterizada por un fuerte dualismo económico y social a pesar de su emergencia en la economía mundial, sitúan a Kerala como una experiencia única de transformación social en un marco económico y político inhóspito teniendo en cuenta las dificultades estructurales de un país en desarrollo. El denominado “modelo de Kerala” es la expresión de la experiencia histórica de acción colectiva desplegada en Kerala a lo largo del siglo XX que resultó en la consecución de mejoras sociales para el conjunto de la población mediante la articulación de los intereses de diferentes movimientos sociales y políticos cuyas demandas encontraron respuesta en un estado que priorizó las políticas distributivas. La movilización de los sectores más pobres, cuyo origen se remonta al período colonial, junto con la transformación de la conciencia social se relacionan directamente con el papel de los movimientos de casta en la erosión del orden tradicional, con la organización de los trabajadores a través del movimiento sindical y con el liderazgo del partido comunista en el gobierno regional.

¹ Universidad de Barcelona, España.

Dirección de correo electrónico: gcairo@ub.edu.

² Situado en el extremo suroeste del subcontinente y con una población de aproximadamente 35 millones de personas.

Este modelo de desarrollo se experimentó en un marco de claro estancamiento económico, planteándose una incompatibilidad entre ambos y abriendo largos debates sobre un pretendido *trade-off* entre crecimiento y equidad, cuestionando en qué medida este modelo que priorizó el desarrollo socioeconómico mediante la acción redistributiva lo hizo en detrimento del crecimiento económico. Ciertamente Kerala se desarrolló en un contexto de bajo crecimiento, si bien esta fue una realidad de todo el subcontinente indio sintetizado en la denominada “tasa de crecimiento hindú” para caracterizar una economía india de bajo crecimiento -desde la independencia hasta los años 1980s no superaría un modesto 3%- . Además de la propia caracterización periférica de Kerala, el débil crecimiento de la región enfrentó también restricciones tanto externas, vinculadas a las relaciones financieras en una India federal con un elevado grado de discrecionalidad por parte del gobierno central, como internas, fruto de las restricciones fiscales del propio modelo que llevaron a su cuestionamiento a lo largo de la década de los años 1980s, dinámica que se revirtió a partir de los años 1990s cuando India se integró en la globalización, convirtiendo a Kerala en una de sus regiones más dinámicas.

Dos décadas después de la consolidación del modelo de Kerala, y a pesar de los retrocesos que la región ha vivido durante las últimas décadas de liberalización y privatización que no le han sido ajenas, los logros de Kerala han vuelto a primer plano ante el afrontamiento del Covid en una región especialmente propensa a la propagación de la pandemia, dado el envejecimiento de su población y el elevado número de población migrante. Han sido tanto los logros del modelo de desarrollo, destacando un sistema de salud público robusto especialmente en atención primaria, como los mecanismos todavía vivos del propio modelo enraizados en la propia sociedad -como son la acción colectiva y el papel del estado, reflejados tanto en la participación y responsabilidad ciudadana como en la rápida respuesta del gobierno ante la crisis sanitaria- los determinantes para explicar la exitosa contención de la pandemia en Kerala.

La hipótesis de este trabajo plantea la centralidad de las capacidades humanas y sociales, asociadas a lo que podríamos denominar “desarrollo humano”, en el afrontamiento y abordaje de situaciones críticas como la crisis sanitaria que ha sobrevenido con la pandemia. Kerala es un modelo de pervivencia de estas capacidades que difícilmente se erosionan con el tiempo y por tanto menos volátiles que las estrictamente asociadas a logros económicos, lo que es especialmente importante en el caso de los países en desarrollo. Con el objetivo de extraer algunas lecciones de la experiencia keralita ante el Covid, en este trabajo se expone en la primera sección las características, logros y raíces del modelo de desarrollo social de Kerala para posteriormente, en la segunda, analizar la especificidad de la estrategia regional en la gestión del Covid y como esta se ha diferenciado de otros estados indios. En la tercera sección se aborda la dinámica económica keralita de las últimas décadas para dar respuesta al dilema entre crecimiento y equidad que ha cuestionado el modelo, para finalmente cerrar el trabajo recogiendo unas breves conclusiones.

2. El modelo de desarrollo social de Kerala

2.1. Los logros

El modelo de Kerala ha sido ampliamente estudiado dada la singularidad de una estrategia que ha logrado altos niveles de desarrollo humano y una drástica disminución de los niveles de pobreza de la población en un marco de estancamiento económico y con claros rasgos de extraversion típicos de una economía primario-exportadora (Kannan, 1990; George, 1993; Franke y Chasin, 1994; Pillai, 1994; Heller, 1995; Törnquist, 1995; Cairó-i-Céspedes, 2001). Si bien el modelo de Kerala se explica por su especificidad en cuanto a las condiciones culturales, geográficas y sociopolíticas que facilitaron su desarrollo, tales como el legado histórico, la peculiar configuración religiosa o el grado de concienciación política de su población, han sido la combinación de la acción colectiva por parte de la población junto con un estado pro-redistributivo las que han erigido a esta región como un paradigma de desarrollo humano en el mundo en desarrollo.

Las medidas adoptadas durante décadas a favor de la mejora de las condiciones de vida de la población keralita se han circunscrito mayoritariamente al ámbito de la salud y la educación, las cuales se remontan a mediados del siglo XIX. Concretamente, los principados de Travancore y Cochín, que durante el dominio colonial gozaron de un cierto grado de autonomía política³, adoptaron medidas orientadas a la mejora y extensión de la asistencia sanitaria destacando los programas de vacunación generalizados, la inclusión de la mujer en los programas de salud, así como el acceso, por primera vez, de las castas bajas a los servicios sociales (Kabir y Krishnan, 1992). En el ámbito educativo el gobierno de Travancore invirtió en la

³ Bajo el Raj británico (1858-1947) el actual estado de Kerala quedaría dividido en tres zonas administrativas: Malabar, Travancore y Cochín. Mientras en el caso de Malabar la victoria de las tropas británicas impuso el control directo de la región bajo la presidencia de Madrás (1792), las regiones de Travancore y Cochín se mantendrían como estados principescos bajo el control indirecto británico siendo gobernados por los reyes nativos en régimen de estados vasallos de los británicos bajo el acuerdo firmado con la *East India Company* en 1805. De hecho, británicos y reyes nativos ya habían llegado a acuerdos en los años 1720s para expulsar al sultán de Misore, apoyado por los franceses.

construcción de escuelas, así como la concesión de ayudas y becas a los grupos más pobres. Destacan otras medidas específicas de aquellos años como fueron la abolición de las escuelas de lengua inglesa, la financiación pública de iniciativas privadas en el desarrollo de centros educativos, el acceso a la educación primaria de todas las comunidades y el desarrollo de las primeras escuelas de adultos (Gopinathan Nair, 1983). Ya en los años posteriores a la independencia, y a partir de la década de los años 1960s, se ampliaron estas medidas de desarrollo social en ámbitos centrales de mejora de la calidad de vida, destacando: i) la expansión de los servicios sanitarios; ii) el programa de construcción de viviendas para los trabajadores sin tierra; iii) los programas de saneamiento de agua; y iv) la rápida expansión del sistema educativo (Mathew, 1989).

El desarrollo de múltiples esquemas públicos de asistencia y protección social ha cristalizado tanto en mejoras educativas y de salud como en la progresiva caída de los niveles de pobreza de la población, situándose actualmente alrededor del 16%, muy alejado del 38% que presenta el conjunto de India (Tabla 1). De hecho, Kerala se sitúa entre los tres primeros estados indios con un mayor nivel de gasto social, con un volumen de inversión parecido a otros estados indios, ricos y dinámicos, como Haryana y Punjab (GOK 2006).

Tabla. 1. Indicadores de desarrollo social, India y Kerala, 1970-2017.

	Kerala			India		
	1970	1995	2017	1970	1995	2017
Índice de Desarrollo Humano (IDH)	nd	0,651	0,773	nd	0,439	0,612
Esperanza de vida (h/m)	59	71	72,5/77,8	46	59	67,4/70,2
Mortalidad infantil (1)	61	16	10	129	74	33
Tasa natalidad (1000h)	32,3	17,7	14,2	36,8	28,3	20,2
Alfabetización adulta	60,4	89,8	96,2	29,4	52,2	77,7
Ratio matriculados (2)	nd	105	103,6	nd	67	101,2
Índice de pobreza (3)	59,8	25,4	16,0	54,9	36,0	38,2
Gini (rural) (4)	0,31	0,29	0,29	0,28	0,28	0,25
Gini (urbano) (4)	0,37	0,34	0,35	0,30	0,34	0,35

(1) Por cada 1000 nacidos vivos

(2) Educación primaria (11-14 años)

(3) Índice de pobreza nacional. Último dato disponible de 2012.

(4) Coeficiente de Gini (gasto en consumo).

Fuente: Shiva Kumar (1991), GOK (2006), Nayak et al. (2010), GOI (2019a), GOK (2021)

Este modelo de desarrollo no se explicaría sin la transformación radical de la situación de la mujer especialmente en el ámbito educativo, así como su integración en programas sanitarios, lo que explica el proceso de transición demográfica realizado por Kerala. Las mujeres keralitas, que representan el 52% de la población con una favorable ratio de género de 1084 mujeres por cada 1000 hombres, presentan un alto nivel de alfabetización que se sitúa muy por encima de la media india junto con unos bajos niveles de mortalidad materna (Tabla 2). Si bien Kerala ha visto reducir las desigualdades de género en términos de desarrollo humano y ha quedado mucho mejor posicionada que su contraparte india, cabe reconocer que estas mejoras se han circunscrito en el ámbito educativo y de salud, enmascarando la perpetuación de la discriminación de las mujeres en el ámbito económico-productivo, observable en su baja participación en el ingreso. De hecho, Kerala presenta una de las ratios más bajas de participación de la fuerza de trabajo femenina del conjunto de India, así como fuertes diferencias en esta ratio entre hombres y mujeres, lo que parecería incongruente con su elevado nivel educativo. La participación de la fuerza de trabajo en Kerala se sitúa alrededor del 46,5%, observándose un gap de género considerable: mientras para las mujeres es del 26,5%, en el caso de los hombres es del 70,1%⁴. Entre los factores económicos y sociales explicativos de esta baja participación femenina encontramos aquellos relacionados con la crianza de hijos, el desinterés de las mujeres con alto grado de formación de entrar en trabajos manuales, su resistencia a trabajar bajo la forma de autoempleo y los propios obstáculos a la movilidad ocupacional y geográfica (Abraham y Shibu, 2018). Y es que a pesar de las mejoras significativas en la situación social de la mujer keralita derivadas de la reforma social de finales del siglo XIX y principios del XX, tales cambios se dieron en paralelo al reforzamiento del patriarcado, reflejado en el cada vez menor acceso a la propiedad por parte de las mujeres junto con la creciente diferenciación económica entre hombres y mujeres (desde la propiedad de la tierra hasta la

⁴ GOI (2019b).

diferenciación ocupacional)⁵. En Kerala las estructuras patriarcales están también asociadas a la prevalencia y legitimación de la violencia contra las mujeres, la cual está ampliamente extendida en la sociedad keralita, superando la de otros estados indios. Además de la resistencia de las mujeres a las normas patriarcales -en temas como la dote en el caso de los matrimonios concertados o las supuestas responsabilidades domésticas de las mujeres- destaca también las diferencias en el nivel educativo y la situación de empleo -paro masculino y mejor educación de las mujeres- como causas principales de la violencia física y psicológica hacia las mujeres (GOK, 2006).

Tabla. 2. Indicadores de la situación de la mujer en Kerala e India, 2017

	Kerala	India
Alfabetización femenina	95,2	70,3
Alfabetización masculina	97,4	84,7
Ratio de matriculación bruta femenina en educación superior	43,2	26,4
Sex Ratio (1)	1084	943
Mortalidad materna (2)	42	122
Participación de la fuerza de trabajo femenina (rural)	26,5	23,3

(1) Índice de sexo: número de mujeres por cada 1000 hombres. Último dato de Censo del 2011.

(2) Por cada 100.000 nacimientos

Fuente: GOI (2019b)

2.2. Los pilares del modelo

El elevado grado de movilización popular y la acción colectiva que caracteriza Kerala y que se erigen como las raíces del modelo hacen referencia a tres factores claves como fueron el desarrollo de los primeros movimientos de casta a mediados del siglo XIX con la ocupación británica de India, la organización de trabajadores rurales bajo la fuerte expansión del movimiento sindical desde principios del siglo XX y el papel del partido comunista con la aprobación de medidas de desarrollo social, destacando la reforma agraria y las políticas educativas y sanitarias.

Las primeras formas de organización popular en Kerala se desarrollaron a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX en respuesta a la opresión y dominación que imponía el rígido sistema de castas bajo la hegemonía brahmánica basada en la apropiación del excedente de la propiedad de la tierra. Si bien en un primer momento los movimientos de casta aglutinaban aquellos cuya lucha se orientaba a romper con unas estructuras de dominación y explotación asentadas sobre el orden simbólico religioso que caracterizaba la sociedad tradicional⁶, pronto las demandas sociopolíticas entraron a formar parte de los objetivos de emancipación de las diferentes comunidades. El sistema de castas fue desestabilizado por la ocupación colonial y por la introducción de las relaciones de producción capitalistas, de modo que los cambios en la propiedad de la tierra, las nuevas relaciones laborales y la transformación de la estructura de poder político debilitaron el orden religioso tradicional, reforzando la acción de los primeros movimientos de casta. Estos movimientos se caracterizaron todos ellos por la lucha por la emancipación religiosa y social, el ataque al orden simbólico de la realidad social y la solidaridad de casta como sentimiento de pertenencia colectivo (Lemerchinier, 1994).

Si bien estos movimientos se han diferenciado en líneas confesionales, desde aquellos que agrupan a los miembros de la casta alta de los Nairs hasta aquellos que representan a las comunidades cristiana y musulmana, han sido los movimientos de las castas bajas (e intocables) los más activos⁷, cuyas primeras acciones empezaron por atentar contra las normas de polución establecidas para posteriormente alzar sus demandas en el plano sociopolítico, destacando la admisión de los niños y niñas en las escuelas públicas, el derecho a ser reclutado en los servicios públicos o el derecho de representación en los órganos políticos (Nag, 1989). La masiva movilización ante el rey de Travancore, con la entrega del famoso *Malayali Memorial* en 1891, fue la primera demanda conjunta de las diferentes comunidades ante las autoridades políticas en favor de unas cuotas representativas en el acceso a los cargos y empleos públicos. Se ha considerado esta primera acción colectiva como uno claro indicador de la emergencia de un nacionalismo

⁵ Ello se debe en parte a que a lo largo del siglo XX fue desmantelándose el sistema matrilineal típico de algunos grupos sociales keralitas, donde las mujeres detentaban derechos de propiedad -mediante leyes hereditarias y transferencias en concepto de dote- que pasaban de generación a generación. La progresiva aprobación de diversas leyes regionales reconociendo la herencia patrilineal (dentro de los grupos matrilineales) acabaría aboliendo definitivamente el sistema matrilineal en Kerala en 1976.

⁶ El sistema de castas como sistema de estratificación social requería de tres aspectos interrelacionados: i) la apropiación de los medios de producción; ii) la distribución de poder a las castas inmediatamente inferiores y; iii) el desarrollo de una ideología que producía un simbolismo que legitimaba la dominación existente (en base a los conceptos de pureza-impureza).

⁷ Destaca el movimiento social *SNDP Yogam*, que nació en 1903, por la amplitud del movimiento y por su posterior transformación en organizaciones sindicales, que aglutinaba a la baja casta de los Ezhavas formado principalmente por agricultores.

malayalam⁸, cuya población, compartiendo una lengua y cultura común, y sumida en la pobreza, alzaban conjuntamente sus demandas de forma unitaria⁹. El movimiento anticolonial keralita progresó hacia el movimiento *Aikya Kerala* (Kerala Unida) que contó con un amplio apoyo popular a favor de la construcción de un estado keralita de habla malayalam en una India independiente en que los criterios de demarcación territorial fueran de carácter lingüístico¹⁰.

La herencia de los movimientos de castas no se ha limitado a las grietas provocadas en el orden social tradicional sino también en el desarrollo de una conciencia social y política¹¹ que a partir de la década de los años 1920s facilitó la organización y movilización de los trabajadores rurales en las plantaciones, así como en las principales industrias de procesamiento como las de fibra de coco y algodón¹². El primer sindicato se fundó en 1922 bajo los auspicios del partido socialista en la industria cocotera, la *Travancore Labour Association*, al que le seguirían numerosas movilizaciones y huelgas impulsadas por el partido comunista¹³, destacando la celebración de la primera *All Kerala Workers Conference* en 1935 aglutinando todo el movimiento sindical¹⁴. En el caso de las organizaciones agrarias, éstas tomaron impulso posteriormente, centrando su lucha en la mejora de las precarias condiciones de los arrendatarios, destacando el papel de la pionera *Malabar Tillers Association*¹⁵, para décadas más tarde en 1969 fundarse el gran sindicato agrario *Kerala State Agricultural Labours Union* que lucharía por atender la problemática laboral específica y diferenciada de los trabajadores agrícolas.

La emergencia de este proletariado rural estuvo directamente asociado al movimiento nacionalista liderado por partidos socialistas y comunistas, quienes protagonizaron no solo la lucha anticolonial sino también antifeudal bajo el dominio del entonces partido mayoritario *Congress Socialist Party* (CSP) -escindido del Partido del Congreso (*Indian National Congress*, INC)-, que posteriormente sufriría también una escisión, por las diferencias de algunos líderes comunistas, que desembocaría en la creación del *Communist Party of India* (CPI). Fueron los comunistas quienes ganarían las primeras elecciones democráticas en el recién nacido estado de Kerala y quienes más claramente sabrían articular las reivindicaciones de los sectores más pobres de la población keralita, especialmente por parte del CPI(M)¹⁶. A pesar del papel decisivo de este partido, y del comunismo en general, en el forjamiento del modelo de desarrollo keralita, se le ha cuestionado su compromiso real en la transformación radical de la sociedad, así como de su habitual praxis política de conformación de coaliciones anti-natura con el objetivo de formar gobierno (Nossiter, 1988). Ciertamente la dinámica política keralita desde la independencia hasta la actualidad se ha caracterizado por la polarización política entre dos frentes que se han alternado en el poder históricamente (el comunista Frente Democrático de Izquierdas, liderado por el CPI(M) y el conservador Frente Democrático Nacional, liderado por el INC) apuntalados ambos por partidos confesionales representados en el espectro político, ya sea bajo identidades religiosas (como la *Muslim League* o los cristianos del *Kerala Congress*) como por intereses de casta (el *National Democratic Party* dominado por la casta de los Nairs o el *Socialist Republican Party* de los Ezhavas).

Por último, ha sido la actuación de los gobiernos comunistas en Kerala lo que ha conformado el tercer eslabón que ha posibilitado el modelo de desarrollo social de la región, cuyas políticas han implicado significativos avances materiales y sociales y que se han concretado en tres actuaciones determinantes¹⁷. En primer lugar, destaca la aplicación de la ambiciosa reforma agraria iniciada en 1959 cuyo objetivo principal

⁸ El malayalam, lengua drávida del sur de India.

⁹ Algunos defienden la tesis nacionalista como el primer (si bien no único) factor explicativo del cambio social y político experimentado en Kerala desde la ocupación británica (Singh, 2010).

¹⁰ Como así fue con la aprobación de la *State Reorganization Act* de 1956, que daría nacimiento al estado de Kerala.

¹¹ Destacando la alfabetización de las castas más bajas y al desarrollo de una cultura popular que, juntamente con la rápida expansión de la prensa, facilitó la transmisión de ideas y conocimiento.

¹² Este movimiento creció rápidamente por la concentración regional de las principales industrias, como la industria del coco en Allepei, las plantaciones en las tierras altas, la industria de la teja en Calicut, la del anacardo en Quilon, el *toddy taping* en las zonas cocoteras de Trichur y Allepei, los trabajadores del *beedi* (cigarrillos) en Cannanore, los trabajadores portuarios en Cochin y Allepei, o los trabajadores agrícolas en los arrozales de Kuttanad y Palghat (Kannan, 1988).

¹³ Destaca la capacidad organizativa sindical del partido comunista: en el año 1959 de un total de 1650 sindicatos, que aglutinaban a 320.000 trabajadores, el 80% de los mismos estaban bajo el control del partido comunista, primero del CPI y posteriormente del CPI(M) (Heller, 1996).

¹⁴ Destaca la huelga general de 1946 en la que hubo el alzamiento contra el gobierno de Travancore que terminó en la conocida sangrienta revuelta popular, la de Punnappara-Valayar, que costó la vida de cientos de trabajadores (Ramachandran Nair, 1994).

¹⁵ Nacida en 1937 y que posteriormente se extendió a lo largo del territorio keralita, naciendo en 1956 la *Kerala Tillers Association*.

¹⁶ Fueron las diferencias entre los miembros del CPI -tanto por su progresivo acercamiento al partido comunista soviético como por los conflictos fronterizos sino-indios y la ocupación china de Tíbet- las que terminaron cristalizando en la escisión del partido en 1964 con la formación del nuevo CPI(Marxista). Mientras el CPI subrayaba su identidad nacional y consideraba el proletariado como la primera fuerza revolucionaria, el CPI (M) se dibujaba como un partido de ámbito más bien regional y orientaba su acción política hacia el campesinado. A menudo se reconoce el éxito de los comunistas en Kerala, a diferencia de otros estados indios con representación del CPI(M) -como ha sido tradicionalmente el caso del estado de Bengala occidental- por su orientación mayoritariamente rural y por la inclusión de miembros de las clases y castas más pobres entre sus líderes (como fue el caso de los trabajadores agrícolas de la casta de los Ezhavas), permitiéndole obtener una amplia base social. Contrariamente, en Bengala Occidental, la estrategia del CPI(M) ha descansado en la movilización de los trabajadores industriales y ha sido liderada básicamente por las élites urbanas bengalís.

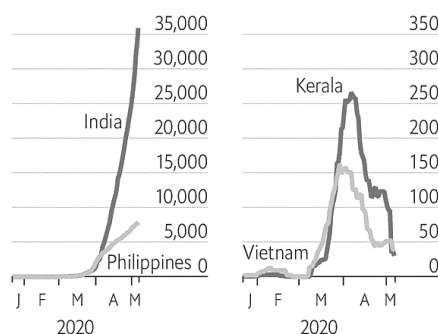
¹⁷ En general cuando la coalición conservadora ha ocupado el poder ha dado continuidad a la mayoría de las políticas impulsadas por los comunistas, a excepción de la reforma agraria.

fue la concesión de derechos de propiedad a los arrendatarios y de derechos de vivienda en las tierras en las que viven los trabajadores agrícolas, así como la mejora de sus condiciones laborales (Raj y Tharakan, 1983; Radhakrishnan, 1991; GOK, 2006)¹⁸. En segundo lugar, asociado a los logros sociales cabe mencionar el desarrollo de un sistema público de salud junto con la adopción de ambiciosas políticas educativas. Y en tercer lugar destaca la aprobación de la ley de relaciones industriales, con la creciente instauración a partir de los años 1980s de los Comités de Relaciones Industriales y Comités de Salario Mínimo en industrias con presencia sindical con el objetivo de regular las relaciones laborales y garantizar los derechos de los trabajadores junto con el establecimiento de marcos de negociación colectiva (Heller, 1996).

3. El afrontamiento del Covid en Kerala

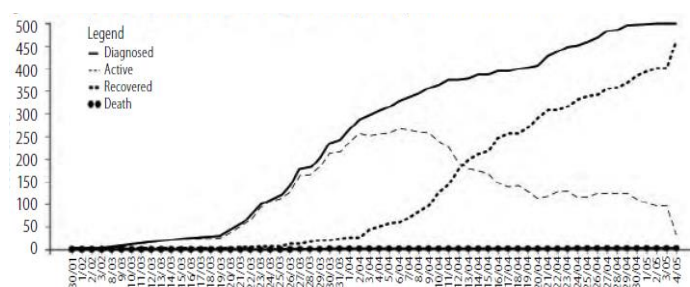
En una India donde la pandemia ha resultado difícilmente manejable a pesar de los confinamientos decretados por parte del gobierno central, Kerala ha aparecido como uno de los pocos estados, y regiones del mundo en desarrollo, donde la pandemia pudo contenerse en sus primeras fases (Figura 1). A pesar del fuerte incremento de los casos registrados a partir de marzo con el retorno de los keralitas emigrados, la gestión de la pandemia permitió controlar su transmisión, así como evitar un elevado número de defunciones, lo que ha quedado reflejado en el aplanamiento de la curva de casos activos por Covid (Figura 2).

Figura. 1. Casos activos por Covid (enero-mayo 2020)



Fuente: The Economist (2020)

Figura. 2. Datos de Covid en Kerala (enero-mayo 2020)



Fuente: Thomas Isaac y Sadanandan (2020)

Esta capacidad de afrontamiento entronca directamente con el modelo de desarrollo social de la región en la que la disponibilidad de un sistema de sanidad público de atención primaria junto con la gestión pública de un estado proactivo y la respuesta social de una sociedad capacitada, formada y educada ha permitido controlar la virulencia de esta epidemia. Éste último aspecto sería el mejor reflejo del desarrollo de la economía social en Kerala durante las últimas décadas, representada por numerosas organizaciones y asociaciones orientadas a la inclusión social, especialmente de los colectivos más desfavorecidos.

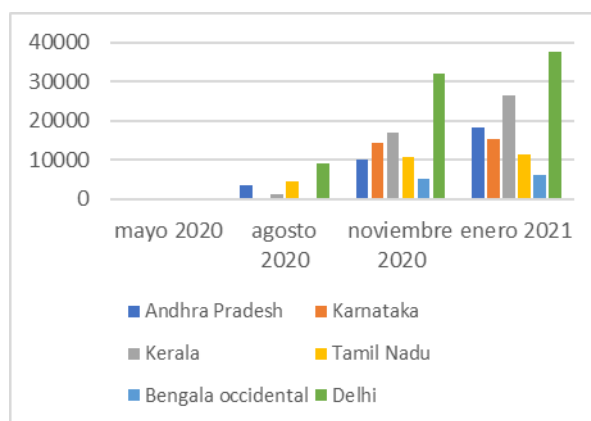
¹⁸ Fue esta una reforma de lenta aplicación (transcurrieron 18 años hasta su definitiva aprobación) por la oposición de los terratenientes agrícolas, así como del propio gobierno central. Factores como las sucesivas enmiendas, las lagunas legales o la exclusión de las plantaciones, impidieron un cambio radical en la propiedad, no consiguieron la eliminación de los terratenientes absentistas y no evitaron la caída de la actividad agrícola ni la crónica dependencia alimentaria de la región. No obstante, destacan otros factores que han afectado a las relaciones agrarias en Kerala más allá de la reforma agraria como han sido la presión demográfica, la fuerte comercialización de la agricultura o la desintegración del sistema de la *joint-family* (Scaria, 2010).

3.1. Las cifras del Covid en Kerala

Fue en Kerala donde se detectó el primer caso de Covid de toda India el 30 de enero de 2020 con la llegada de tres estudiantes procedentes de Wuhan. Cuatro días antes, el gobierno de Kerala ya contaba con unas directrices Covid sobre protocolos médicos y actuaciones hospitalarias. La rápida y organizada respuesta del gobierno del estado durante las primeras semanas con la masiva campaña de comunicación “break the chain”, la aprobación del primer paquete de ayudas a la población y el primer confinamiento decretado permitió que en esta primera etapa se contuviera la transmisión del virus. A partir de marzo se empezarían a disparar los casos como resultado de la entrada en territorio keralita de población migrante tanto nacional como internacional, de modo que en mayo se iniciaría la segunda ola experimentándose un fuerte crecimiento de los casos¹⁹.

La contención de la pandemia se constata en primer lugar ante la capacidad de gestionar a la baja los contagios mediante las actuaciones básicas -de seguimiento, cuarentena, pruebas, confinamiento y tratamiento- a pesar del rápido crecimiento de los casos registrados, lo que permitió controlar la tasa de reproducción (R_0)²⁰ que se situó en junio en 0,45, lejos del 1,22 de India o incluso superiores de otros países (Menon et al. 2020). En segundo lugar, destaca también la elevada tasa de recuperación de los casos confirmados, de modo que, a pesar del creciente número de casos confirmados con relación a otros estados indios, la tasa de mortalidad se mantuvo bajo control (Figuras 3 y 4). De este modo, en junio de 2020 Kerala presentaba una de las tasas más bajas de mortalidad en relación con el conjunto de India: la CFR (*Case Fatality Rate*) o tasa de letalidad²¹ del 0,5% en Kerala se situaba muy por debajo de la media india (2,8%) (Rahim and Chacko 2020), unos niveles que se han mantenido bajos hasta el momento actual (Figura 5).

Figura. 3. Casos registrados por Covid (por millón de habitantes)



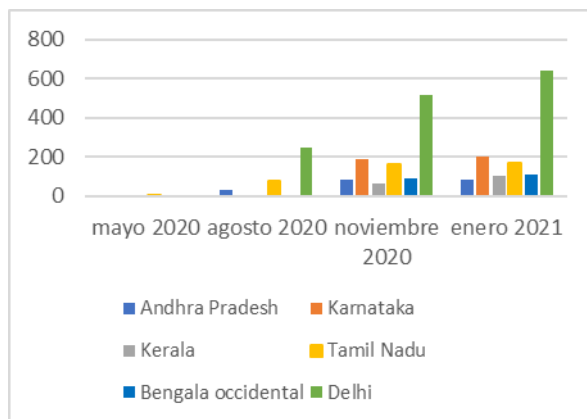
Fuente: Varghese y Sneha (2021).

¹⁹ A pesar de la rápida actuación y controles efectuados en los aeropuertos las primeras semanas de la pandemia, Kerala pasó de los 503 casos confirmados en mayo a 43.000 en agosto de 2020 debido principalmente a la relajación en la adopción de medidas restrictivas y de realización de pruebas a los keralitas no residentes recién llegados (Varghese y Sneha, 2021).

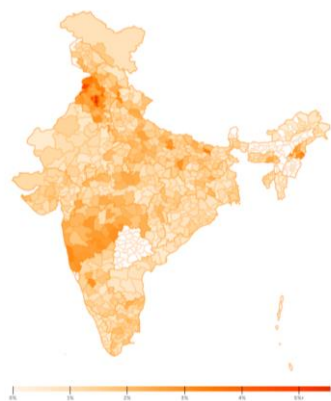
²⁰ El índice o ratio de reproducción de una infección hace referencia al número de casos nuevos que genera un caso dado en un período determinado.

²¹ La CFR de una enfermedad mide el número de muertos por enfermedad con relación a las personas afectadas por la misma mostrando su gravedad.

Figura. 4. Muertes por Covid (por millón de habitantes)



Fuente: Varghese y Sneha (2021)

Figura. 5. Tasa de mortalidad por covid (CFR, *Case Fatality Rate*)

Fuente: Covid19india (2021)

3.2. Background

Tres elementos del modelo de desarrollo social de Kerala han sido determinantes para entender como la región ha sido capaz de enfrentar la pandemia con cierto éxito, tanto en la contención de la primera ola, así como con la gestión de las siguientes, que impactaron fuertemente con un creciente número de casos registrados. En primer lugar, cabe destacar el robusto sistema de sanidad público, especialmente los centros de atención primaria y centros médicos comunitarios gestionados por el gobierno local²², desarrollado durante décadas y visible en los indicadores de salud y condiciones sanitarias apuntadas anteriormente. Kerala gasta el 60% de su presupuesto sanitario en gasto de personal, que incluye no solamente el personal sanitario (médico y de enfermería) sino también un amplio cuerpo de trabajadores sanitarios, los denominados *Accredited Social Health Activists* (ASHA)²³. Después de algunos recortes en el área sanitaria a partir de los años noventa, que fue de la mano de la expansión de centros privados, la aprobación del programa *Aardram Mission* en 2016 por parte del gobierno regional significó un vuelco en la dotación presupuestaria en salud cuyo objetivo principal era incrementar la disponibilidad de hospitales públicos, lo que se consiguió con éxito en la medida que la población que utilizaba centros sanitarios públicos pasó del 34% (2014) al 48% (2018) (Thomas Isaac y Sadanandan, 2020). Por otro lado, no cabe duda de que la experiencia vivida dos años antes, tanto con la epidemia de Nipah como con las dos graves inundaciones que sufrió la región, que obligaron al estado a organizar medidas de emergencia para afrontar tales crisis²⁴, cogieron a Kerala más preparada ante el Covid que en otros lugares.

²² Kerala también dispone de centros hospitalarios públicos titularidad del estado y los de titularidad de los distritos.

²³ Kerala dispone de una red de unos 27.000 trabajadores sanitarios (ASHA) que trabajan junto con otros grupos bajo el control del gobierno local como son las voluntarias *Kudumbashree* -grupos de apoyo sanitario formado exclusivamente por mujeres-, los trabajadores infantiles *Anganwadi* y los trabajadores de cuidados paliativos (Jalan y Sen, 2020).

²⁴ Entre tales medidas destacan la organización y formación de sanitarios, el establecimiento de protocolos, la provisión de espacios para atender a la población enferma, así como la concienciación de la población en cumplir con restricciones y confinamientos.

En segundo lugar, una de las constantes de la sociedad keralita ha sido su elevada participación comunitaria y la acción social desarrollada en distintos ámbitos de lo público, tales como asociaciones, voluntariado, sindicatos o escuelas, lo que ha facilitado una actuación sanitaria más coordinada y con mayor implicación social. Esta participación ha podido fertilizar en la que ha sido una de las últimas grandes apuestas del gobierno de Kerala, la denominada *People's Plan Campaign* (Campaña de Planificación Popular), impulsada en 1996 por el gobierno del estado²⁵, amparándose en el nuevo marco constitucional de descentralización a nivel local²⁶. El gobierno regional aprobaba así la transferencia a los *Panchayat* (entes locales) entre el 30% y el 35% de los recursos del plan asignados al estado, acompañado de un marco de actuación para la participación de la población sobre la gestión de tales recursos (Kannan, 2007). El ámbito de la salud fue uno de los mayores beneficiarios de este proceso de descentralización, de modo que la inversión en los primeros años se dobló, observándose una mejora considerable de la atención primaria como resultado de la gestión local, especialmente con el arranque de la denominada *Aardram Mission*, centrada en: i) la mejora y mantenimiento de los centros médicos; ii) la adquisición de medicamentos y material sanitario; iii) la contratación de nuevo personal sanitario y la mejora de las condiciones salariales de los trabajadores sanitarios (ASHA); y iv) el impulso de organizaciones y de voluntariado dedicado a tareas de asistencia paliativa y apoyo psicológico, de soporte alimentario, de producción de mascarillas y de controles aeroportuarios entre otros (Thomas Isaac y Sadanandan, 2020).

Y, en tercer lugar, ha sido el otro gran logro del modelo keralita, el desarrollo educativo y la mejora de la situación de las mujeres analizados anteriormente, lo que ha permitido que tanto la participación emanada de una descentralización en la toma de decisiones como la actuación ante las medidas sanitarias adoptadas hayan cuajado.

3.3. Estrategia pública ante el Covid

Los resultados de la gestión pública de la pandemia tienen más mérito si consideramos algunas especificidades socioeconómicas de la región que la hacen proclive a una mayor vulnerabilidad ante las mismas, entre las que destacan: i) una población relativamente envejecida, fruto de una transición demográfica que ha dejado en Kerala unas bajas tasas de fertilidad muy por debajo de la media india²⁷, lo que implica unas mayores tasas de morbilidad; ii) la diáspora de la población keralita, lo que implica un importante tráfico aéreo que se acentúa por la demanda turística de esta región; y iii) la elevada densidad demográfica que cuasi triplica la media india junto con un mayor grado de urbanización que roza el 50% de la población. No cabe duda de que tales factores han podido actuar como agravantes de una situación ya difícil de controlar por sí misma.

El gobierno de Kerala, como tantos otros países, aprobó una serie de medidas sanitarias para afrontar la epidemia centradas en el seguimiento y la vigilancia, la realización de pruebas, el establecimiento de cuarentenas y el tratamiento médico. En el caso de Kerala se ofrecían los servicios médicos gratuitamente en los hospitales públicos con la cobertura de todos los gastos de manutención y se aprobaron medidas específicas de ayuda y sustento a la población. Muchas de estas medidas fueron implementadas por los gobiernos locales, que como vimos no solo estaban bien preparados para la ocasión, fruto de años de creciente descentralización y gestión sanitaria, sino que además contaban con un tejido asociativo y de voluntariado que facilitó la aplicación de muchas de tales actuaciones.

Entre las medidas adoptadas por el gobierno del estado podemos destacar las siguientes: i) un sistema de vigilancia y seguimiento que operaba a nivel local con la participación tanto de entes locales como de grupos organizados de voluntarios. A destacar la importancia durante los primeros días del sistema de control y vigilancia de las personas migrantes que llegaban del extranjero²⁸; ii) la pronta organización e implementación de las cuarentenas por parte de las autoridades con el apoyo de trabajadores sanitarios y grupos de voluntariado; iii) el establecimiento de directrices unificadas destinadas a los centros médicos (públicos) por parte de las autoridades sanitarias sobre los protocolos de actuación, a pesar de la tardía incorporación de los centros privados en la gestión de la pandemia²⁹; iv) un eficiente sistema de pruebas, donde la baja disponibilidad de las mismas obligó a optar por una estrategia intertemporal de testeo³⁰, si bien

²⁵ Fue el frente de izquierdas, el *Left Democratic Front*, que formó gobierno en las elecciones estatales celebradas en 1996, quien priorizó la implementación del proceso de descentralización local, hasta entonces encallado bajo el gobierno liderado por el Partido del Congreso (Kannan 2007).

²⁶ Fue la 73ª y 74ª enmienda a la Constitución india de 1993 donde el gobierno central aprobaba la descentralización de una parte de los recursos del plan quinquenal a los entes locales, lo que debía ser implementado por los respectivos gobiernos regionales.

²⁷ Actualmente la tasa de fertilidad en Kerala se sitúa en 1,8 hijos por mujer, respecto a los 2,3 en el conjunto de India (GOK, 2021).

²⁸ De hecho, los escaneos de pasajeros se empezaron el 23 de enero, antes del primer caso de Covid detectado en Kerala, y en el conjunto de India.

²⁹ No fue hasta agosto de 2020 que empezó a aplicarse el tratamiento médico a los enfermos por Covid en los hospitales y centros privados, donde se establecieron precios regulados por el estado (Chathukulam y Tharamangalam, 2021).

³⁰ Jalan y Sen (2020) ofrecen datos que lo confirman. Los mismos autores concluyen que hay un cierto consenso en que fue el uso limitado de pruebas (por su escasez) complementado con medidas de seguimiento de la trazabilidad y las cuarentenas lo que facilitó la contención de los contagios entre marzo y mayo del 2020.

ello también se entendió críticamente por algunos como una relajación de la política de realización de pruebas; v) el reforzamiento de la infraestructura sanitaria, destacando la apertura de centros de atención Covid en cada distrito (*Covid Care Centres*), la habilitación de espacios públicos para la cuarentena y la provisión de material sanitario como mascarillas y equipos de protección sanitaria; y vi) las campañas de comunicación y diseminación de información sobre la prevención de contagios como fue la pronta campaña publicitaria “break the chain” -destinada a concienciar a la población de la importancia del cumplimiento de las normas sanitarias preventivas- junto con breves informes diarios en prensa por parte del primer ministro (Menon et al. 2020, Rahim y Chacko 2020).

Además de las actuaciones en el ámbito estrictamente sanitario, también se adoptaron medidas de apoyo social a la población como la aprobación del primer paquete de ayudas en marzo del 2020 que incluía fondos asistenciales, créditos a interés cero a determinados colectivos, raciones gratuitas de alimentos a través del sistema público de distribución, incremento de las dotaciones al esquema de garantía de empleo rural, medidas específicas a la población vulnerable (ancianos y niños) y el establecimiento de campamentos para los trabajadores inmigrantes procedentes de otros estados indios garantizando la provisión de alimentos y cobertura de necesidades básicas³¹. Considerando que la adopción de medidas de sustento a la población no solo la alivia de la situación precaria ante una crisis sanitaria de estas magnitudes sino que también puede incidir en la mortalidad asociada a la propia enfermedad, se ha constatado que las medidas sociolaborales adoptadas en India durante la pandemia como han sido la provisión de ayudas sociales, la protección de los derechos de los trabajadores, la garantía de condiciones de vida de los trabajadores migrantes así como otros apoyos específicos, se han correlacionado positivamente con una menor tasa de defunciones por Covid. Cuando se comparan los resultados de este tipo de medidas adoptadas por los gobiernos de los diferentes estados indios se observa que en Kerala, junto con otros pocos estados³², la aplicación de tales medidas ha redundado en una menor severidad de la pandemia (Kujur y Goswami, 2020).

Por lo tanto, todo parece indicar que el carácter más social y humano que se desprende del modo de afrontamiento y gestión de la crisis sanitaria es el legado de un modelo de desarrollo cuya robusta infraestructura pública de asistencia sanitaria primaria junto con las capacidades desarrolladas desde el espacio público, han permitido poner la vida en primer plano.

4. Crecimiento vs. equidad en Kerala. ¿Un falso dilema?

No es poco relevante que este proceso de transformación social se haya producido en un marco de crónico estancamiento industrial, convirtiéndose en uno de los principales argumentos que han cuestionado el modelo de Kerala al plantear la dudosa sostenibilidad del modelo de desarrollo social en un marco de estancamiento económico³³ (Oommen 1983; Prakash 1994; Kannan 1990; Subrahmanian 1990; Thomas Isaac y Mohana Kumar 1991; George 1993; Tharamangalam 1998). Efectivamente Kerala se vio inmersa a partir de mediados de los años 1980s en una profunda crisis fiscal que juntamente con el predominio de una economía extravertida de bajo desarrollo industrial parecían poner fecha de caducidad al modelo de Kerala. El déficit fiscal que se arrastra desde entonces es el segundo más elevado del conjunto de India, con niveles de entre el 3,4% y el 4% del PIB, causado tanto por el fuerte crecimiento del gasto público³⁴, en detrimento del gasto en capital³⁵, como el marco de subfinanciación -especialmente en inversiones industriales-, discrecionalidad y escasa autonomía financiera por parte del gobierno central, además de la baja capacidad del propio estado keralita para movilizar recursos tanto fiscales como no fiscales³⁶.

Hasta la década de los años 1980s el estancamiento económico fue la tónica general de la región, así como del conjunto de India comparado con otras economías que arrancaban en su proceso de desarrollo capitalista. Desde la independencia Kerala ha transitado desde una economía de base agrícola hacia una crecientemente terciarizada donde la presencia industrial ha quedado restringida a sectores exportadores de materias primas – principalmente minería, procesamiento de alimentos y pesca-. Se ha asistido así a un proceso de transformación estructural típico de muchas economías periféricas donde la caída del peso de la actividad agrícola en la actividad económica y la hipertrofia de los servicios ha convivido con la desarticulación y la dependencia externa (Tabla 3).

³¹ Los 2,5 millones de trabajadores indios no keralitas que se encontraban en Kerala cuando se declaró el primer confinamiento nacional recibieron techo y comida en los 18.000 campamentos provistos por el gobierno regional (Jalal y Sen, 2020).

³² Es el caso de Uttar Pradesh, Delhi, Odisha, Haryana, Bihar, Maharashtra y Rajasthan.

³³ El estancamiento de la industria keralita también pretendió ser explicado por la hipótesis de los altos salarios y la inestabilidad laboral vinculada a la acción sindical, si bien esta hipótesis ha sido claramente rebatida (Subrahmanian, 1990).

³⁴ El denominado *Non-Plan Revenue Expenditure* (gasto corriente fuera de las directrices del plan quinquenal definidas por el gobierno central).

³⁵ El propio gobierno keralita reconocía el excesivo desequilibrio entre el gasto corriente (90%) y el gasto en capital (10%) en su participación en el gasto total, así como la escasa prioridad a este último (GOK, 2016).

³⁶ En este sentido una de las principales críticas al respecto es la incapacidad del gobierno regional de recuperar parte del gasto realizado en el marco de una política social de carácter universal (George, 1993).

Tabla. 3. Distribución sectorial del producto, 1961-2018

	1961	1971	1981	1991	2000	2009	2018
Primario	54,7	49,4	40,3	33,5	26,5	17,0	10,8
Secundario	14,6	16,3	20,6	26,3	21,4	22,1	27,4
Terciario	30,7	34,2	39,2	40,2	52,1	60,9	61,8

Fuente: Pillai (1994), GOK (1995), Nayak et al. (2010), GOK (2018).

Con la introducción de las reformas neoliberales en India a mediados de los años 1990s³⁷, que también se implementaron en la región a pesar de la retórica anti-liberalización y anti-mercado del gobierno del estado, empezó a revertirse el escaso dinamismo económico de Kerala. La creciente inserción de India en la globalización productiva y la expansión de la demanda mundial propiciada por una semiperiferia emergente, especialmente de China, permitió a Kerala activar su economía y ponerla al servicio de una globalización que iba integrando en sus circuitos algunas regiones periféricas. Kerala, que hasta principios de la década de los años 1990s mostró un pésimo desempeño económico, con tasas de crecimiento alrededor del 1%, muy por debajo de la ya baja tasa de crecimiento económico indio, emergió a partir de entonces como uno de los estados indios más dinámicos, con tasas de crecimiento económico cercanas al 10% y elevados incrementos en el nivel de renta per cápita (World Bank, 2017), llegando a ser el tercer estado indio con mayor crecimiento económico durante los años de mayor expansión económica (Tabla 4). La renta per cápita en Kerala en 2019-20 fue 1,5 veces superior a la media india, situándose entre los cinco estados más ricos de India junto con Haryana, Gujarat, Karnataka, Maharashtra y Tamil Nadu (GOK, 2021).

Tabla. 4. Crecimiento del PIB en Kerala, 1980-2018

	Primario	Secundario	Terciario	Total
1980-1990	1,3	2,2	3,6	1,1 (21°)
1990-2000	2,0	6,7	8,5	4,8 (7°)
2000-2010	0,8	12,4	9,9	8,0 (3°)
2018-2019	-3,4	6,3	7,8	6,5

Nota: Las cifras entre paréntesis corresponden a la ordenación según la posición la tasa de crecimiento económico con relación a los 23 estados indios.

Fuente: Nayak et al. (2010), GOK (2021)

Esta expansión económica si bien se ha traducido en un mayor bienestar material y una creciente capacidad de consumo de la mayoría de la población, ha ido de la mano de una profundización de los rasgos de extraversion de su economía³⁸. El cambio estructural de la economía agrícola remite no solamente a la drástica caída del PIB agrícola, sino también a una reorientación productiva del sector a favor de los cultivos de exportación con la consiguiente creciente dependencia alimentaria³⁹. A su vez, el desmesurado crecimiento del sector servicios refleja una terciarización hipertrofiada desvinculada del habitual proceso de desindustrialización de las economías maduras. Esta expansión es el resultado tanto del fuerte desarrollo de los servicios sociales como del propio despilfarro y consumo improductivo asociado al fuerte crecimiento de las últimas décadas, especialmente el vinculado a la expansión inmobiliaria y de los servicios de consumo doméstico⁴⁰. Todo ello, a su vez, está directamente relacionado con la fuerte entrada de remesas procedentes de los trabajadores emigrantes keralitas en el Golfo Pérsico⁴¹, las cuales llegaron a representar en 2014 más de una tercera parte del PIB (36,6%) con un fuerte impacto económico en el sector de la construcción, que durante los últimos 20 años llegó a absorber el 40% de estos recursos (Rajan y Zachariah, 2019). No cabe duda de que las remesas han sido un factor determinante en la reducción de la pobreza en Kerala en las

³⁷ Una retrospectiva del neoliberalismo en India y de su impacto socioeconómico la encontramos en la reciente aportación de Patnaik (2022). Para un análisis macroeconómico de las medidas de ajuste neoliberal adoptadas en India en la década de los 1990s puede consultarse Cairó-i-Céspedes (1997).

³⁸ Uno de los rasgos de los países periféricos es la naturaleza informal del empleo rural, que en Kerala sigue dominado por el autoempleo y el trabajo ocasional (*casual labour*) que ocupa aproximadamente al 80% de la población rural (Abraham y Shibu, 2018).

³⁹ La caída constante del área destinada a productos alimentarios como el arroz o el grano -que se ha reducido en un 60% y 85% respectivamente desde los años 1970s hasta la actualidad- han sido sustituidos por cultivos de materias primas agrícolas y alimentarias orientadas a la exportación como son el caucho o el *arecanut* (nuez de areca o betel), cuya producción ha crecido en un 514% y 738% respectivamente durante estas últimas décadas (GOK, 2018).

⁴⁰ El sector servicios, asentado sobre el sector turístico, inmobiliario, de transporte y comunicaciones, y los servicios empresariales, llegó a representar el 63% del PIB en 2016 (Prakash y Alwin, 2018).

⁴¹ Siendo India el país del mundo con un mayor número de población emigrante, Kerala ocupa el primer lugar dentro del país en volumen migratorio, llegando en 2014 a tener un 10% de su población, unos 3 millones de trabajadores, emigrada. Esta cifra cayó a los 2,1 millones en 2018.

últimas décadas⁴², si bien a su vez se reproducen las ya preexistentes estructuras de subdesarrollo de la región dada su elevada dependencia de estos ingresos para el sostenimiento de la población⁴³ así como su vulnerabilidad ante la cambiante coyuntura económica mundial, especialmente del sector petrolero.

Por lo tanto, a pesar del fuerte crecimiento económico, las políticas neoliberales no solo aceleraron el cambio estructural en Kerala profundizando su dependencia de los mercados exteriores y expandiendo un terciario hipertrofiado, sino que además las políticas desreguladoras y privatizadoras afectaron inevitablemente a un modelo asentado sobre el papel del estado en el desarrollo de servicios públicos, empeorando su provisión, además de su creciente privatización (Oommen, 2008; Salim, 2018). Mientras la educación superior sufrió importantes recortes en la financiación de instituciones públicas, junto con la creciente proliferación de instituciones privadas y la privatización de muchos centros públicos, en el caso de la sanidad pública ésta se vio afectada por la insuficiente financiación de hospitales y centros de atención primaria, a la vez que se expandían rápidamente los privados, los cuales ya representan el 70% del total (Gandharan, 2018). Como se ha observado, a pesar de la mayor presencia privada en áreas primordialmente de dominio público en la provisión básica de salud y educación, ello no ha impedido el mantenimiento por parte del estado y de la población del modelo de desarrollo social que históricamente ha caracterizado a la región.

5. Reflexiones finales

El modelo de desarrollo social de Kerala caracterizado por sus logros en desarrollo humano destaca tanto por el alto nivel educativo de la población y la consecución de mejoras sanitarias como por la transformación de la condición material y social de las mujeres. Este modelo se ha sustentado en la configuración de una sociedad movilizadora y organizada, tanto en líneas seculares -movimientos de casta- como de clase -con la organización de la clase trabajadora bajo el liderazgo del partido comunista- que ha obligado al estado, ya fuera bajo la dominación colonial o en el marco de la democracia representativa, a responder positivamente ante las demandas de mejoras sociales de su población.

A pesar de que este proceso de cambio social y económico ha sido cuestionado tanto en términos productivos, por el supuesto *trade-off* impuesto por las políticas redistributivas sobre el crecimiento económico, como en términos sociopolíticos, por la proliferación de múltiples intereses que han alimentado el clientelismo, ello no impide reconocer el legado del modelo de Kerala evidenciado en la respuesta de la región ante las últimas emergencias que le han sobrevenido. De hecho, la dinámica económica de Kerala durante las últimas décadas muestra como la sostenibilidad de un modelo de desarrollo social, asentado sobre la acción colectiva y el papel del estado, se sitúa más allá de la propia dinámica de crecimiento, ya sea contractiva, como en las primeras décadas posindependencia, o más bien expansiva, como en los últimos años de políticas neoliberales.

La singular respuesta de Kerala ante la pandemia provocada por el Covid sería aquí y ahora el mejor ejemplo de la significación y el potencial de un modelo que ha priorizado a las personas y sus necesidades. A pesar de la virulencia y el rápido crecimiento de los casos que se registraron en Kerala, y que por su envejecida población y su elevada población migrante la hacían proclive a un desastre mayor, la región consiguió controlar la pandemia manteniendo unas altas tasas de recuperación y unos bajos índices de mortalidad en relación con el conjunto de India. La combinación de diferentes factores enraizados en el propio modelo de Kerala coadyuvó a que la pandemia pudiera controlarse de manera efectiva. La disponibilidad de un sistema de sanidad público de atención primaria, la adopción de políticas proactivas por parte del gobierno del estado -tanto sanitarias como socioeconómicas- y la amplia participación de la población keralita han permitido a esta región contener la pandemia y aliviar a su población del duro golpe de esta crisis.

Conflicto de intereses: El autor no declara conflicto de interés.

Apoyos: Este artículo forma parte del proyecto de investigación *Public policies in development strategies: case studies* financiado por la Unión Iberoamericana de Universidades (2019-21), proyecto colaborativo donde participan la Universidad Complutense de Madrid, la Universitat de Barcelona, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidade de São Paulo y la Universidad de Buenos Aires.

⁴² Si bien al principio se reconocía el efecto positivo de estos ingresos en términos de desigualdad, en la medida que eran las familias más pobres las que mostraban una mayor tasa de emigración, en los últimos años se observa una creciente desigualdad en el consumo de las familias según haya o no migrantes (Zachariah y Rajan, 2015). De hecho, Kerala presentaba en 2012 el índice de desigualdad más alto de toda India (World Bank, 2017).

⁴³ En 2014 las remesas representaron 5 veces el volumen de ingresos por transferencias que recibe Kerala del gobierno central, y el 60% de la deuda pública del Kerala (Zachariah y Rajan, 2015).

6. Referencias bibliográficas

- Abraham, M.P. y Shibu A.S. (2018) Employment and Unemployment in Kerala en Prakash, B.A. y Alwin J. (eds.) *Kerala's economic development. Emerging issues and challenges*, Sage Publications, New Delhi.
- Cairó-i-Céspedes (1997) Ajuste y cambio estructural en India, en Arrizabalo, X. (ed.) *Crisis y ajuste en la economía mundial*, Síntesis, Madrid.
- Cairó-i-Céspedes (2001) State and society relationships in India, *Asian Survey*, 41 (4), pp. 669-692.
- Chathukulam, J. y Tharamangalam, J. (2021) The Kerala model in the time of COVID19. Rethinking state, society and democracy, *World Development*, 137, 105207
- COVID19INDIA (2021), <https://www.covid19india.org/>.
- Franke, R.W. y Chasin, B.H. (1994) *Kerala: Development through radical reform*, Promilla and Co. Publishers, New Delhi.
- Gandharan, K. (2018) Health care development in Kerala: corrent status and emerging issues, en Prakash, B.A. y Alwin J. (eds) *Kerala's economic development. Emerging issues and challenges*, Sage Publications, New Delhi.
- George, K.K. (1993) Limits to Kerala model of development, Centre for Development Studies, Trivandrum.
- GOI (2019a) *Key indicators of household social consumption on education in India*. NSS 75th Round, National Statistical Office, New Delhi
- GOI (2019b) *Women and men in India*, National Statistical Office, New Delhi
- GOK (1995) *Economic Review 1995*, Kerala State Planning Board, Thiruvananthapuram
- GOK (2006) *Human Development Report 2005*, Kerala State Planning Board, Thiruvananthapuram
- GOK (2018) *Economic Review 2018*, Kerala State Planning Board, Thiruvananthapuram
- GOK (2021) *Economic Review 2020*, Kerala State Planning Board, Thiruvananthapuram
- Gopinathan Nair, P.R. y Mohanan Pillai P. (1994) "Impact of external transfers on the regional economy of Kerala", Centre for Development Studies, Trivandrum.
- Heller, P. (1995) From class struggle to class compromise: redistribution and growth in a South Indian state, *Journal of development studies*, 31 (5).
- Heller, P. (1996) Social capital as product of class mobilization and state intervention: industrial workers in Kerala, India, *World Development*, 24 (6).
- Kabir, M. y Krishnan, T.N. (1992) Social intermediation and health transition: lessons from Kerala, WP n.251, Centre for Development Studies, Trivandrum.
- Kannan, K.P. (1988) *Of rural proletarian struggles: mobilization and organization of rural workers in South-West India*, Oxford University Press, New Delhi.
- Kannan, K.P. (1990) Kerala economy at the cross roads, *Economic and Political Weekly*, 25, 1951- 1956.
- Kannan, K. (2007) People's planning, Kerala's dilemma, United Nations Development Programme, recuperado de: <https://www.undp.org>.
- Kujur, S.K. y Goswami, D. (2020) COVID-19. Severity of the pandemic and responses of Indian states, *Journal of Public Affairs*, 20 (4).
- Jalan, J. y Sen, A. (2020) Containing a pandemic with public actions and public trust: the Kerala story, *Indian Economic Review*, 55(1), pp. 105-124.
- Lemercinier, G. (1994) *Religion and ideology in Kerala*, Centre Tricontinental Louvain-la-Neuve y Institute for the Study of Developing Areas, Trivandrum, Kerala.
- Mathew, G. (1989) *Communal road to a secular Kerala*, Concept Publishing, New Delhi.
- Menon et al. (2020) What was right about Kerala's response to the COVID-19 pandemic, *BMJ Global Health*, 5 (7), pp. 1-5
- Nag, M. (1989) Political awareness as a factor in accessibility of health services: a case study of rural Kerala and West Bengal, *Economic and Political Weekly*, 14 (8).
- Nayak P.K. et al. (2010) Inclusive growth and its regional dimension, *Reserve Bank of India Occasional Papers*, 31 (3), recuperado de https://www.researchgate.net/publication/314116321_Inclusive_Growth_and_its_Regional_Dimension.
- Nossiter, T.J. (1988) *Marxist state governments in India: politics, economics and society*, Pinter Publishers, London.
- Oommen, M.A. (1983) *Essays on Kerala economy*, Oxford and IBH Publications, New Delhi.
- Oommen, M.A. (2008) Capabilities, reform and Kerala 'model', Annual Conference of Human Development and Capability Association, New Delhi.
- Patnaik, P. (2022) La economía de la India en el neoliberalismo, *El Trimestre Económico*, 89 (354), pp. 393-419, <https://doi.org/10.20430/ete.v89i354.1499>.
- Pillai, P.P. (1994) *Kerala economy: four decades of development*, Institute of Planning and Applied Economic Research y John Matthai Foundation, Thrissur, India.
- Pnud (1996) *Informe sobre Desarrollo Humano*, Mundiprensa, Madrid.
- Prakash, B.A. (1994) (ed.) *Kerala's Economy*, Sage Publications, London.
- Prakash, B.A. y Alwin J. (2018) *Kerala's economic development. Emerging issues and challenges*, Sage Publications, New Delhi.
- Radhakrishnan, P. (1991) *Peasant struggles, land reform and social change: Malabar 1836-1982*, Sage publications, New Delhi.

- Rahim, A. y Chacko, T. (2020) Replicating the Kerala state's successful COVID-19 containment model. Insights on what worked, *Indian Journal of Community Medicine*, 45, pp. 261-265
- Raj, K.N. y Tharakan, M. (1983) Agrarian reform in Kerala and its impact on the rural economy, en GHOSE, A.K. (ed.) *Agrarian reforms in contemporary developing countries*, Croom Helm Ltd., New Delhi.
- Rajan S. I. y Zachariah K.C. (2019) Emigration and remittances: new evidences from the Kerala migration survey 2018, WP n.483, Centre for Development Studies, Trivandrum
- Ramachandran Nair, K. (1994) Trade unionism in Kerala, en Prakash, B.A. (ed.) *Kerala's economy*, Sage Publications, London.
- Salim, A.A. (2018) Higher education for Kerala development: a focus on expansion and equity, en Prakash, B.A. y Alwin J. (eds.) *Kerala's economic development. Emerging issues and challenges*, Sage Publications, New Delhi.
- Scaria, S. (2010) Changes in land relations: The political economy of land reforms in a Kerala village, *Economic and Political Weekly*, 45 (26 & 27).
- Shiva Kumar A.K. (1991) UNDP's Human Development Index: a computation for Indian states, *Economic and Political Weekly*, 26 (41).
- Singh, P. (2010) We-ness and Welfare: A longitudinal analysis of social development in Kerala, India, *World Development*, 39(2).
- Subrahmanian, K.K. (1990) Development paradox in Kerala: analysis of industrial stagnation, *Economic and Political Weekly* 25 (37), pp. 2053-2058
- Tharamangalam, J. (1998) The perils of social development with economic growth: the development debacle in Kerala, India, *Bulletin of Concerned Asian Scholars*, 30 (1), pp. 23-33.
- The Economist (2020) Vietnam and the Indian state of Kerala curbed covid-19 on the cheap, 9 de mayo, recuperado de: <https://www.economist.com/asia/2020/05/09/vietnam-and-the-indian-state-of-kerala-curbed-covid-19-on-the-cheap>.
- Thomas Isaac T.M. y Mohana Kumar, S. (1991) Kerala elections, 1991: lessons and non-lessons, *Economic and Political Weekly*, 26 (47), pp. 2691-2704.
- Thomas Isaac, T. M. y Sadanandan, R. (2020) COVID-19, Public health system and local governance in Kerala, *Economic and Political Weekly*, 55(21), pp. 35-40.
- Törnquist, O. (1995) *The next Left? Democratisation and attempts to renew the radical political development project*, Denmark: Nordic Institute of Asian Studies
- Varghese, A. y Sneha, P. (2021) Interpreting Kerala's COVID-19 Numbers, *Economic and Political Weekly*, 56(14)
- World Bank (2017) Kerala: Poverty, growth and inequality, *India state briefs*, Washington, D.C.: World Bank Group. <https://www.worldbank.org/en/country/india/brief/india-states-briefs-kerala>.
- Zachariah K.C. y Rajan S. I. (2015) Dynamics of emigration and remittances in Kerala: results from the Kerala migration survey 2014, WP n.463, Centre for Development Studies, Trivandrum.