Evaluando los comienzos: el Comité Mudaliar (1962)

En 1959, el Ministerio de Salud de India instituyó el Comité de Investigación sobre Salud y Planeación (Health Survey and Planning Committee), también conocido como el Comité Mudaliar, para realizar un análisis de la salud pública de los primeros años de India independiente, tomando como punto de partida el último estudio realizado por la administración colonial (Comité Bhore,1943-1946). Debía evaluar los resultados del Primer y Segundo Plan Quinquenal en cuanto a salud y hacer recomendaciones para el Tercer Plan Quinquenal. El Comité estaría dirigido por el Dr. A. Lakshmanaswami Mudaliar, quien había ocupado cargos importantes: Rector de la Universidad de Madrás, y Director del Colegio Médico de Madrás. Además, se trataba de una figura prominente a nivel internacional, pues había representado a India en la Primera Asamblea de la Salud Mundial en Ginebra en 1948 y dirigió el Comité Executivo de la Organización Mundial de la Salud. En esta ocasión, Mudaliar encabezaría un Comité integrado por un grupo de expertos en salud pública y medicina.[1]

Comités y comisiones de investigación *ad hoc* figuraron de manera prominente en el periodo colonial y fueron muy utilizados a partir de la década de 1830 para tratar diversos temas, especialmente aquellos relacionados con política pública. En el periodo poscolonial, este mecanismo ha sido usado con propósitos similares: para realizar investigaciones sobre temas específicos y hacer recomendaciones al respecto.[2] La Comisión de Reorganización de los Estados (1953), la Comisión Mandal (1979) y el Comité Sachar (2005) son ejemplos de

[1] Agradezco las sugerencias de l@s dictaminador@s.

[2] Es importante distinguir entre estas comisiones y comités formados *ad hoc*, de aquellos comisiones y comités que funcionan de manera permanente en el periodo poscolonial. Ejemplos de estos últimos son la Comisión Planificadora o el Comité sobre Industria.

esto.

Este trabajo plantea examinar de forma crítica dos elementos del Comité Mudaliar: primero, el tipo de integrantes que tuvo y que refleja el trabajo de los "expertos", y segundo, algunas recomendaciones contenidas en el reporte, cuyas más de 500 páginas aspiraban a condensar el conocimiento perteneciente a la salud y condiciones de vida en India, en 1962.[3] En conjunto, estos dos elementos permiten un acercamiento a la forma en que se veía la salud.

Al hacer esto, espero contribuir por un lado a entender mejor un mecanismo que ha sido usado por varios Estados en el pasado y en el presente, no sólo en la Mancomunidad británica, sino también en otras regiones del mundo.[4] Las comisiones y comités son generalmente vistas como fuentes ideales para los historiadores, pero es importante analizarlos de forma cuidadosa. Son parte de una serie de instrumentos producidos por el Estado con el fin de hacer la sociedad legible y deberían ser estudiados de la misma manera que lo han sido censos o mapas: no como objetos neutrales, sino como mecanismos atravesados por relaciones de poder, mecanismos que constituyen y son parte constitutiva de culturas y sociedades y que producen textos de los que emana autoridad. Son parte del archivo estatal y por tanto sus materiales son producto de un proceso cuidadoso de selección y organización: no todo es material de archivo, como nos recuerda Gyanendra Pandey, sólo aquello que es considerado útil, racional, relevante (2012, p. 37).

Por otro lado, planteo contribuir a la creciente literatura que ha examinado los

---

[3] El Comité fue formado en 1959 y produjo su Reporte en 1962.

[4] Algunos ejemplos que dan idea de la amplitud de su uso son: la Real Comisión para Palestina (1936), para estudiar los episodios de violencia y ver si en el Mandato se estaban cumpliendo las obligaciones contraídas hacia árabes y judíos; la Real Comisión de Investigación sobre Tráfico de Drogas en Australia (1981-1983) y la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (1994) en Guatemala para indagar en torno a violencia y violaciones a derechos humanos.

primeros años después de la independencia de países como India. Dichos trabajos se han abocado a examinar procesos de descolonización, como en el caso de Dipesh Chakrabarty, quien ha hecho un estudio sobre la Conferencia de Bandung resaltando las convergencias y diferencias entre los líderes de los países asistentes, así como los debates entre ellos sobre la relación con la modernización y con las ex metrópolis (2011). Sunil S. Amrith se ha interesado, entre otros temas, por las políticas de salud y de nutrición, vinculando lo nacional y lo internacional. Así, ha realizado un estudio sobre descolonización y salud, que abarca las décadas de 1930 a 1960, cuando el imperio británico estaba en crisis (2006). En su recuento, sobresalen la presencia de médicos que impulsaban una medicina social, de fundaciones (por ejemplo, la Fundación Rockefeller) y de nacientes organizaciones internacionales. Asimismo, ha trazado un cuadro muy completo de la nutrición en la primera mitad del siglo XX y ha reflexionado sobre la política de salud pública en el periodo independiente (2007, 2008). Éste último texto es particularmente interesante, pues explora las varias corrientes que convergen en la concepción de la salud y la forma en que han producido resultados muy poco satisfactorios.

Asimismo, varios autores han reflexionado sobre las rupturas y continuidades entre los periodos colonial y poscolonial para ofrecer visiones más complejas, empezando por el propio Chakrabarty (2011). Por ejemplo, en su libro dedicado a India independiente Bipan Chandra, Mridula Mukherjee y Aditya Mukherjee establecen que el gobierno independiente conservó ciertas estructuras y decisiones del periodo colonial no por una cuestión de simple continuidad, sino porque eran resultado de las críticas hacia el gobierno colonial, de la lucha de los varios movimientos nacionalistas (2002). Un ejemplo es el legado constitucional del periodo colonial (Chandra, et al., 2002, p. 33). Taylor Sherman ha afirmado que muchos autores han descuidado el análisis de los primeros años de vida independiente, prefiriendo

empezar con los planes quinquenales y, en especial, con el Segundo Plan Quinquenal (2013). Ella ha analizado la política alimentaria y educativa de los primeros años de vida independiente y ha señalado que muchas decisiones importantes fueron tomadas en ese momento (Sherman, 2013, 2018). Sherman afirma que, si bien la modernización era una aspiración importante, también lo era distinguirse del gobierno colonial, aunque esto no siempre fuera fácil (2013, p. 572). Macmillen y Brimnes han estudiado la forma en que la modernización, presente en varios proyectos e instituciones fue entendida durante los primeros años de India independiente. Para ello, han analizado la resistencia hacia las campañas de vacunación masiva y encontrado que, notablemente, el discurso empleado no tenía elementos anti-occidentales o anti-científicos, sino que mostraba un rechazo hacia lo que se percibía era una modernización de "segunda clase:" en vez de impulsar un cambio radical y mejorar las condiciones de vida de la población, se introdujo la vacuna, es decir, un mero recurso tecnológico (2010).

En diálogo con estos trabajos, este texto propone una mirada crítica, desde la historia social, al Comité Mudaliar y a la política de salud de los primeros años de India independiente. Empezaré analizando las características de comisiones y comités en India colonial y poscolonial, señalaré algunos procesos históricos relevantes del contexto de formación, para posteriormente analizar la composición del Comité y el Reporte que produjo. Para ello, utilizaré los reportes producidos por varios comités de salud, con énfasis en el último comité sobre salud (Bhore) de la época colonial y por el primero (Mudaliar) de la época poscolonial. Asimismo, echaré mano de literatura y de documentos clave para los primeros años de India independiente, principalmente la Constitución y los planes quinquenales.

Comisiones y Comités

Aunque he usado los términos “comisiones” y “comités” como si fueran equivalentes, en realidad tenían algunas diferencias. Su origen se remonta a Gran Bretaña, donde las comisiones eran nombradas por la Corona, pero eran vistas como independientes. Además, celebraban audiencias públicas generalmente. En cambio, los comités podían llegar a su fin por órdenes autoridades superiores y eran usados cuando los temas tenían que ver con presupuesto, porque no celebraban audiencias públicas, evitando así situaciones incómodas (Gosnell, 1934, pp. 85-86).

Estos mecanismos fueron creados por el Estado inglés para recabar información de varios tipos y forman parte de su proceso de conformación y expansión, tal como ha sido estudiado por Phillip Corrigan y Derek Sayer (1985, p. 70). Tanto comisiones como comités poseían “términos de referencia”, que contenían sus objetivos y alcances precisos (Ashforth, 1990, p. 9; Gosnell, 1934, pp. 88-90).

En cuanto a sus integrantes, estos podían ser expertos en el tema a tratar, pero también podían ser representantes de sectores involucrados (aunque actuando de forma imparcial) y funcionarios. Ellos eran dirigidos generalmente por altos funcionarios que eran nombrados por la Corona (Ashforth, 1990, p. 5).

En India colonial, comisiones y comités compartieron estas características y fueron establecidos para tomar decisiones y para evaluar las actividades gubernamentales, especialmente en tiempos de crisis (Hansen, 2000, p. 39). Al revisar el periodo colonial, la lista es larga y su ámbito de incidencia es enorme, así encontramos la Comisión de la Lepra en 1890, la Comisión Estatutaria (Comisión Simon) en 1927, la Real Comisión del Trabajo en 1929 y la Comisión Fronteriza en 1947.

En India independiente, la presencia de comisiones y comités *ad hoc* ha sido

constante, lo cual nos obliga a pensar en los lazos entre el periodo colonial y poscolonial. Es interesante que un mecanismo que durante la colonia muchas veces fue criticado por su falta de resultados fuera mantenido. Sin embargo, hay que considerar que estos se volvieron espacios para la participación, para el debate, así como blancos para la crítica y que cohesionaron muchas veces la opinión pública.

En 1952, el Act on Inquiry Commissions fue publicado y delineaba las características básicas, varias de las cuales provienen de la época colonial, mientras que otras son nuevas.[5] El documento establece que el Gobierno Central (Parlamento) o los gobiernos estatales (legislaturas estatales) pueden nombrar una comisión de investigación para poder recabar información necesaria para definir la política en cualquier tema. Estos mecanismos tienen un cierto número de integrantes, entre los que se incluye la persona que los encabeza, además de que pueden tener asesores. Ellos elaboran un reporte que puede o no ser publicado y que puede o no impactar la política gubernamental, incluso si esa fue la motivación original. Asimismo, la comisión puede decidir si celebrar audiencias públicas o privadas, pero el gobierno central puede pedirle que conduzca audiencias privadas.

En nuestro caso, el Comité Mudaliar fue integrado siguiendo el patrón arriba descrito. Estuvo compuesto por expertos, independientes del Estado, algo que le daría legitimidad y perspectiva crítica. Sin embargo, la capacidad de juicio de éste o cualquier otro comité está enmarcada por los términos de referencia, no importa si hablamos del periodo colonial o del poscolonial (Ashforth, 1990, p. 9; Gosnell, 1934, pp. 88-90). La incapacidad para ir más allá de estos términos provoca insatisfacción en torno a comisiones y comités hasta el día de hoy: se genera la sensación de que son mecanismos inútiles que absorben tiempo y recursos, sin

[5] El acta ha sido enmendada varias veces desde su aprobación.

rendir los frutos esperados (dependiendo del tema investigado). De manera que estudiar una comisión o comité implica dar cuenta de las respuestas generadas en la sociedad, pero sin perder de vista el proceso de generación de conocimiento por parte del Estado.

Las comisiones y los comités pueden involucrar algunas de las siguientes tareas: audiencias públicas con partes interesadas, recorridos por parte de los integrantes, aplicación de cuestionarios, petición de información al gobierno, la convocatoria para el envío de memoranda con información o planteamientos sobre el tema en cuestión, reuniones entre los integrantes y el largo proceso de redacción del reporte, que es publicado posteriormente. [6] Es de esperar que después de tan prolongado procedimiento, la falta de resultados profundice la insatisfacción pública. Si pensamos en la larga lista de comités de salud en el periodo independiente y los muchos problemas hasta el día de hoy, podemos compartir este sentimiento de insatisfacción.[7]

Comienzos

Chandra, Mukherjee y Mukherjee han descrito los "Años Iniciales" como un periodo

[6] Hay comisiones y comités cuyos temas atacan directamente la legitimidad del Estado, por lo que sus reportes no son circulados públicamente, son circulados parcialmente o se conocen a través de noticias periodísticas. Dos ejemplos son la Comisión Nanavati-Mehta y la Comisión Banerjee que investigaron sobre la violencia ejercida sobre los musulmanes en Godhra, Gujarat, en 2002 (Martínez, 2019, pp. 121-122).

[7] Si tomamos algunos indicadores relacionados con la salud de la población india, podemos tener una idea más clara de los problemas que la aquejan. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, India tiene una expectativa de vida de 67/70 años (2016), una probabilidad de mortandad de 37 por cada 1000 en niños menores de 5 años (2018) y una probabilidad de mortandad de 214/138 por cada 1000 personas de 15 a 60 años (2016). Su gasto en salud es del 4.7 del PIB (2014) (World Health Organization a). Para efectos de comparación, México tiene una expectativa de vida de 74/79 años (2016), una probabilidad de mortandad de 13 por cada 1000 (2018) y una probabilidad de mortandad de 164/89 por cada 1000 personas de 15 a 60 años (2016). Finalmente, su gasto en salud es del 6.3 del PIB (World Health Organization b).

marcado por múltiples desafíos: la compleja y complicada incorporación de principados a India (o a Pakistán), las dificultades planteadas por los refugiados, la violencia comunalista y la relación con Pakistán. Además de lidiar con las tareas cotidianas de administrar un país: "la puesta en marcha de un sistema administrativo, amenazado con la descomposición debido a la Partición y a la división ilógica del ejército y de la alta burocracia, en la práctica, de acuerdo con la comunidad religiosa…" (Chandra, et al., 2002, p. 69).

La idea de que el Estado debía jugar un papel importante en el desarrollo económico de India se remonta a fines del siglo XIX. Esta idea fue retomada en la Resolución de Karachi del Partido del Congreso (1931) y puesta en práctica en 1938 cuando estableció un Comité de Planificación Nacional, pero sus trabajos fueron interrumpidos primero cuando en 1940 Nehru fue enviado a prisión por el gobierno colonial y posteriormente por la expansión japonesa durante la Segunda Guerra Mundial. Finalmente, tras la independencia, se estableció la Comisión Planificadora en marzo de 1950 (Chandra, et al, 2002, pp. 341-344).

Como hemos mencionado, varios autores han escrito sobre la compleja relación entre lo colonial y lo poscolonial y la importancia de reflexionar sobre la relación entre ambos periodos (Chandra, et al., 2002; Sherman 2013). Cuando se estableció el mencionado Comité de Planificación Nacional de 1938, se integró un subcomité encargado de salud que trabajó sólo durante un tiempo (Sokhey, 1948).

En 1943, el gobierno británico integró un Comité de Salud y Desarrollo (Health Survey and Development Committee), mejor conocido como el Comité Bhore, que publicó su Reporte en 1946. El objetivo era hacer una evaluación general y plantear recomendaciones, pues el Gobierno de India necesitaba estar preparado para tomar decisiones informadas tan pronto como la guerra terminara, para así poder organizar las labores de reconstrucción (Bhore, 1946, I, pp. 1-2). Es interesante que cuando el subcomité

Sokhey reanudó sus labores en 1946, reconoció la relevancia del Reporte del Comité Bhore para poder armar una política coordinada a nivel nacional, que delineara la organización y la administración necesarias (Sokhey, 1948, pp. 143-144).

Una vez que se obtuvo la independencia en 1947, las recomendaciones del Reporte Bhore se convirtieron en la guía para el nuevo gobierno. Esta decisión no es sorprendente, pues, como el propio subcomité Sokhey había señalado, los integrantes del Comité Bhore eran expertos que habían realizado un trabajo minucioso: todos (excepto Josep Bhore), eran médicos, investigadores y/o funcionarios en áreas relacionada; no sin olvidar que habían contado con la asesoría de expertos provenientes de Gran Bretaña, Estados Unidos, Australia y la Unión Soviética (Bhore, 1946, I, pp. ii, 5; Sokhey, 1948, pp. 143-144). Para Borkar, quien escribió sobre los logros en salud del gobierno independiente, no había duda de por qué el Reporte Bhore era la guía para el gobierno independiente: sus términos de referencia habían sido vastos y sus recomendaciones eran de tal trascendencia, que quizá no habrían sido puestas en marcha por el gobierno británico, de haber continuado en el poder (Borkar, 1957, p. 6). Esta última y aguda observación de Borkar apunta a la falta de capacidad del gobierno colonial para hacerse cargo del bienestar de la población india, una de las piedras angulares para justificar su presencia.

El Reporte Bhore había sido publicado en tres volúmenes. El primer volumen describía el estado de la salud pública y su organización. El segundo volumen contenía las recomendaciones hechas por el Comité. El tercer volumen contenía una gran cantidad de datos usados por el Comité: desde el número de camas de hospital por habitante hasta las cifras de mortandad y morbilidad.

El primer volumen presentaba al lector una imagen desalentadora de la salud y de los problemas -que pronto enfrentaría el gobierno independiente. Tres indicadores en particular

(tasa de mortandad, tasa de mortandad infantil y esperanza de vida) mostraban que la India británica no sólo tenía un rezago importante con respecto a la metrópoli (lo que era esperable), sino también con respecto a los asentamientos británicos, con excepción de los Asentamientos del Estrecho y de Egipto, que también tenían cifras negativas. La Tabla 1 permite establecer una comparación entre varios países e India y comprender la gravedad de la situación.

País	**Tasa de Mortalidad (1937)**	**Tasa de Mortalidad Infantil (1937)**	**Esperanza de vida Hombres**	**Mujeres**
Canadá	10.2	76	59.32	61 (1929-31)
Inglaterra y Gales	12.4	58	58.74	62.88 (1930-32)
Federación de Estados Malayos	19.9	147		
India británica	22.4	162	26.91	26.56 (1921-30)
Asentamientos del Estrecho	22.5	156		
Egipto	27.2	165		

Tabla 1. Estado de salud de India, basado en: ‘Table 1: A comparison of Indian mortality rates

and expectation of life with those of certain other countries' en Bhore (1946, I, pp. 7-8).

El estudio realizado por el Comité Bhore mostró otras áreas preocupantes, todas relacionadas con problemas profundos. Las condiciones difíciles bajo las cual vivían las mujeres en edad reproductiva implicaban que la mortalidad materna fuera muy elevada. La presencia y consecuencias de enfermedades como malaria, cólera y viruela se reflejaban en muertes anuales. Pero también había muertes atribuidas a factores poco precisos como "Fiebres" y "Otras Causas" (Bhore, 1946, I, p. 10).

El Reporte apuntaba a la existencia de varios factores detrás de estos problemas. La pobre nutrición y las deficiencias en salud ambiental, así como una falta de educación en higiene hacían que las enfermedades afectaran a la población. El número limitado de dispensarios, hospitales y personal capacitado para la prevención y para la cura de pacientes era una constante a lo largo y ancho de India británica (Bhore, 1946, I, pp. 11-20).

Las medidas necesarias para remontar esta situación parecían imposibles de echar a andar. Por ejemplo, si vemos las cifras relacionadas con el personal médico, la información indicaba que había 1 médico para 6,300 personas, mientras que en el Reino Unido había 1 para 1,000 personas. De acuerdo con el Comité Bhore, si se planteara tener una proporción de al menos 1 médico para 2,000 personas para 1971, significaría que requeriría 185,000 médicos. Aun así, la proporción sería menos que la encontrada en el Reino Unido, pero, afirmaba el Reporte, dada la magnitud del problema en India significaría un logro importante y un esfuerzo sin precedentes (Bhore, 1946, I, p. 13).

Tal como se ve, el gobierno independiente enfrentaba una situación compleja. Por un lado, una parte de las recomendaciones del segundo volumen fue adoptada por el Primer Plan Quinquenal (1951-1956) y se tradujo en la creación de un sistema de salud, que aspiraba a

cubrir desde cuidado básico hasta atención especializada. A la red ya existente desde el periodo colonial de dispensarios, hospitales, institutos de investigación y educación médica, entre otros, se unieron nuevas instituciones tales como el All-India Institute of Medical Science que fue fundado en 1956, para fortalecer el área de enseñanza de la medicina tanto a nivel licenciatura como posgrado.

En términos de organización, se entendía que las principales responsabilidades de cuidado de la salud estaban en manos de los gobiernos estatales, mientras que la enseñanza y la investigación eran responsabilidad del gobierno central. Esto significaba que había un Consejo Central de Salud, que era dirigido por el Ministerio de Salud Central, a cuyo frente estaba Rajkumari Amrit Kaur, y que incluía los Ministros de Salud de cada estado (Government of India, Planning Commission 1951). Sin embargo, hacía falta mucho más que sólo coordinar políticas.

Por el otro lado, problemas urgentes obligaron al gobierno a dedicar tiempo y recursos para las personas afectadas por la Partición: campamentos para desplazados, atención médica y operaciones de rescate. Amrith ha señalado que si el Reporte Bhore había expuesto las dificultades en términos de infraestructura colonial, la Partición las confirmó en la práctica (2006, p. 79).

Incluso si el periodo que va de 1951 a 1964 mostró algunos logros,[8] la conformación del Estado hizo que la salud pasara a segundo plano, apartándose del tono de urgencia y centralidad que se encontraba en el Reporte Bhore.[9] Tareas tales como elaborar la

[8] Un par de ejemplos ilustran bien esto: se reconstituyó el Indian Council of Medical Research (el nombre anterior era Indian Research Fund Association) ampliando su área de impacto y se lanzó el Programa Nacional para el Control de la Malaria (Borkar, 1957, pp. 75, 86).
[9] Amrith ve en esta decisión de poner la salud en manos de gobiernos estatales una tendencia a conservar algunos elementos del gobierno colonial, entre ellos, la estructura fragmentada

Constitución o integrar la Comisión Nacional Planificadora absorbieron la mayor parte del tiempo y de los recursos: esto se reflejó en el hecho de que la salud fuera considerada una tarea de los gobiernos estatales. Así, el plan original del Comité Bhore que contemplaba dos series de recomendaciones, una a corto plazo (5 a 10 años) y otra a largo plazo dio paso a una serie de arreglos que eran sobre todo de corto plazo (Bhore, 1946, II, p. 4).

Pero lo más importante era que las líneas iniciales del Capítulo de Salud del Primer Plan redujeron los problemas que enfrentaba India a una cuestión de pérdida económica. Incluso si la salud se definía no sólo como la ausencia de salud, sino más en términos de calidad de vida y bienestar general, era vista como un recurso: el más importante, pero finalmente un recurso para el desarrollo económico (Government of India, Planning Commission 1951). El Reporte Bhore había realizado una contribución enorme al concebir la salud como una responsabilidad del Estado y no de voluntarios u organizaciones caritativas, pero había dado énfasis a la idea de la salud como un recurso económico, incluso si parte de sus integrantes concebían a la salud como un derecho (Amrith 2006, pp. 62-63; Murthy, Sarin y Jain 2013, pp. 75-76).

El Segundo Plan (1956-1961) fue más crítico y directo. Simplemente estableció que aspiraba a expandir y mejorar los servicios de salud. En parte, esto se debía a que algunos de los problemas más urgentes planteados por la Independencia y la Partición ya estaban resueltos o habían adquirido una naturaleza más permanente, que requería una perspectiva distinta. Y en parte, también se debía a que no se había hecho mucho progreso desde el Primer Plan.

Así, por ejemplo, en 1951 había 8,600 hospitales con 113,000 camas y hacia el final

---

(2006: 81).

del Primer Plan había 10,000 hospitales con 125,000 camas (Government of India, Planning Commission, 1956).

Aunque había habido cierta mejoría, ésta estaba muy lejos de la meta de una cama de hospital para cada 1,000 personas: la población en 1951 era de 361 millones, que habría requerido aproximadamente 361,000 camas de hospital. Se observaba una situación similar en relación con personal médico: el número existente de doctores, enfermedades, visitadores médicos y otros más estaba debajo de lo esperado.

En este contexto es que el gobierno indio decidió nombrar un comité que haría una evaluación de la salud de la población durante los primeros años de vida independiente, así como recomendaciones.

Evaluando los comienzos

Chakrabarty ha escrito que los Estados en proceso de descolonización desarrollaron un discurso marcado por dos estilos, el pedagógico y el dialógico (2011, pp. 209-210). El estilo pedagógico aspiraba a modernizar al país, a emparejarse con Occidente. Los líderes independientes necesitaban enseñar a sus compatriotas cómo ser ciudadanos y comportarse de acuerdo con ello. Así, era importante enseñarles cuándo y cómo entonar el himno nacional (Chakrabarty, 2011, pp. 209-211), pero también explicarles los esfuerzos del gobierno para mejorar la salud de la población. En 1957, dos años antes del nombramiento del Comité Mudaliar, el gobierno pidió a G. Borkar que elaborara un reporte del estado de la salud, sólo que en esta ocasión el libro estaba pensado para un público más amplio, puesto que, de acuerdo con el propio Jawaharlal Nehru, había sido “escrito en un estilo popular” (Borkar, 1957, p. v).

El libro está dividido en cinco partes y empieza estableciendo una diferencia central

con la administración colonial: mientras que ésta se afanaba por mantener la ley y el orden y defender el imperio, el Estado independiente tenía como tarea importante la de hacer a su población feliz y saludable (Borkar 1957: xxii, xxv).

Tras describir en la primera parte las condiciones terribles en que India se encontraba, las restantes cuatro partes describen las tareas a realizar como una guerra. Palabras tales como "bases y armamento," "campañas y operaciones," "líneas enemigas" y "resistencia" en títulos y subtítulos trasmiten la sensación de que había una unidad de propósito y determinación. Estamos frente a un texto que claramente estaba pensando para educar: describía los logros de los primeros años, las tareas desarrolladas por los expertos y la ruta a seguir.

Es preciso ver al Comité Mudaliar dentro de este contexto, marcado por la convicción y por una actitud crítica. El Ministerio de Salud lo nombró en 1959 y estableció que sus términos de referencia incluían elaborar un estudio sobre las condiciones de salud desde la publicación del Reporte Bhore (1946), evaluar los Planes Primer y Segundo y hacer recomendaciones (Mudaliar, 1962, p. 7).

El hecho de que el mecanismo elegido por el gobierno indio fuera un comité y no una comisión nos habla acerca de las tensiones que rodeaban el tratamiento dado al tema. Se esperaba que un comité debía recopilar información a través de diversos canales y producir una serie de recomendaciones, pero no tenía la misma visibilidad de una comisión, que poseía las características de una corte civil (Government of India, 1952).

A pesar de ello, dos elementos destacan en este Comité. Uno es la relevancia de sus objetivos: llevar a cabo un estudio minucioso desde 1946. El otro elemento fue su autonomía. A diferencia de los reportes producidos por comités posteriores, el Reporte Mudaliar afirmó su independencia enérgicamente. En las primeras páginas, Mudaliar agradeció al gobierno indio por el ofrecimiento de apoyo, pero afirmó que el apoyo no comprometería su

independencia (Mudaliar, 1962, p. 10). El Reporte revisó de forma crítica los dos primeros Planes Quinquenales, especialmente el presupuesto asignado a salud, contrastándolos con el documento que contenía la guía, el Reporte Bhore.

El Comité Mudaliar tenía 16 integrantes, quienes estaban relacionados en su mayoría con el campo de la salud, de una forma u otra. Como hemos mencionado, A. Lakshmanaswami Mudaliar, quien encabezó el Comité, era médico, con experiencia en instituciones educativas en medicina, había participado en el Comité Bhore y presidía el Comité ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. En cuanto al resto de los integrantes, la mayoría se había formado en medicina, la cual combinaba con la investigación o con la administración en alguna institución de salud.

Ashforth propone varias razones para entender por qué una comisión o comité es nombrado y una de esas es la idea de reunir a un grupo de expertos, quienes aspiran a trascender lo político (1990, p. 5). La noción anterior se confirma al revisar la lista de integrantes del Comité Mudaliar (Mudaliar, 1962, pp. 7-9). Así, por ejemplo, tenemos a V. Srinivasan, Director General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Nueva Delhi; a K.N. Rao, Director de Servicios Médicos, Hyderabad; al Dr. C.O. Karunakaran, expresidente de la Asociación Médica India, Trivandrum y a la Dra. Hilda M. Lazarus, Profesora de Obstetricia y Ginecología, K.G. Medical College, Visakhapatnam.

El tipo de membresía nos habla acerca de la confianza depositada en los expertos. Timothy Mitchell ha escrito sobre la participación que los higienistas públicos, los administradores, cartógrafos e ingenieros tuvieron en el proceso de modernización en Egipto y ha planteado una pregunta crucial: ¿cómo es que ellos se convirtieron en los portavoces de la modernidad, del desarrollo, de la racionalidad? (2002, p. 15). En nuestro caso, los médicos y los administradores en puestos de salud pública habían pasado los últimos años practicando

la medicina, haciendo investigación, dirigiendo institutos y poniendo mucho de esto en papel: reportes anuales, proyectos de desarrollo, artículos en revistas, ponencias en congresos o publicaciones para público en general. En todos estos escritos, es posible encontrar estudios que hacían más entendible los problemas de salud enfrentados por India: eso es lo que se esperaba de la alta especialización y de la razón, nos recuerda Mitchell (2002, pp. 34, 37).

Además, de ello, es importante añadir su papel en la consolidación de profesiones e instituciones. Veamos el ejemplo de Hilda M. Lazarus. Desde el siglo XIX se registró una demanda de atención y educación médica para las mujeres indias, que se consolidó hacia las décadas de 1920 y 1930 (Burton, 1996; Forbes, 1994 y 2004, pp. 161-166). De entre las mujeres indias que estudiaron medicina podemos mencionar a la Dra. Lazarus, quien fue parte tanto del Comité Bhore como del Mudaliar. La Dra. Lazarus estudió en el Medical College, Madrás y posteriormente fue nombrada asistente en de ginecología y obstetricia en el Lady Hardinge Medical College Hospital, Delhi. Geraldine Forbes nos recuerda que la Dra. Lazarus fue la primera mujer india en ser parte del Women's Medical Service, en el cual estuvo durante 30 años y que dirigió instituciones, además de formar a muchos profesionales en el cuidado de la salud (2004, pp. 163-164).

El Reporte Mudaliar reconocía la enormidad de los desafíos en salud y los cambios efectuados por la Independencia. En primer lugar, aunque el Comité Bhore había producido un texto notable, no contenía la información para toda India. Cuando se había realizado el estudio entre 1943 y 1946, se había hecho en India británica: los principados no habían sido incluidos. A partir de 1947 habían ocurrido cambios en el territorio y estos habían tenido un impacto sobre la información necesaria para los Planes Quinquenales (Mudaliar, 1962, pp. 29-30).

Otra diferencia es que Nehru había introducido la planificación. El gobierno indio

había emitido una Resolución en 1950, que afirmaba la necesidad de planear cuidadosamente de manera que el país se pudiera desarrollar. Parafraseando la Resolución, los planes formulados por la Comisión Planificadora estarían basados en información precisa sobre los recursos disponibles y, haciendo una abstracción de los problemas cotidianos, se enfocarían en generar crecimiento económico en la vida de los ciudadanos (Government of India, 1950).

El Comité se organizó en seis subcomités, que trabajarían sobre temas específicos: enseñanza e instituciones de investigación, atención médica en áreas rurales y urbanas, salud pública, planificación familiar y medicamentos. El Comité principal se reuniría en ciertas ocasiones y los subcomités recorrerían el país para tener una mejor idea de los problemas. Además, el Comité recopilaría información a través de cuestionarios, visitas a instituciones importantes, reuniones con representantes de organizaciones o con individuos y memoranda recibidos (Mudaliar, 1962, p. 11).

El Reporte producido por el Comité Mudaliar fue crítico de las restricciones presupuestales sobre salud y de la falta de coordinación entre los gobiernos central y estatales, pero no fue suficientemente lejos. Por ejemplo, no había necesidad, estableció el Reporte, de hacer ningún cambio a alguna provisión de la Constitución (Mudaliar, 1962, p. 465). El resultado fue un Reporte rico en detalles y recomendaciones, pero con inconsistencias internas.

Veamos dos elementos centrales: presupuesto y organización administrativa. El Reporte mostraba que el porcentaje dedicado a salud se había reducido: en el Primer Plan (1951-1956) había sido 5.9% y en el Segundo Plan (1956-1961) había sido 5.5%. Habiendo consultado el Tercer Plan (1961-1966), el Comité había visto cómo el presupuesto se había reducido incluso más: a 4.25% del total, a pesar de la recomendación del Consejo Central de Salud de que debería darse 10% (Mudaliar, 1962, pp. 30-33).

En cuanto a la estructura administrativa, el Reporte continúa, el Artículo 263 de la Constitución había creado un Consejo Central de Salud. El Consejo Central era encabezado por el Ministro de Salud de la Unión e incluía a los Ministros de Salud estatales como miembros. Sin embargo, el Consejo carecía de la capacidad para organizar las tareas de salud a nivel nacional y de impacto sobre decisiones, pues funcionaba más bien como un foro que como una agencia para establecer la política a nivel nacional (Mudaliar, 1962, p. 464).

La larga lista de recomendaciones al final del Reporte cubrió todos los temas posibles: desde los salarios de enfermeras y número de camas en hospitales hasta la estructura administrativa requerida. La primera y más obvia era acerca del momento en que se elaboraban los Planes Quinquenales: Mudaliar y el resto del Comité señalaron que los planes eran elaborados una vez que su periodo de duración había empezado y esto tenía consecuencias negativas: el tiempo no era suficiente para desarrollar el plan, temas urgentes no eran tomados en cuenta y cuando los planes nacionales eran finalmente puestos en marcha los costos de proyectos específicos se habían elevado. Sorprendentemente, ni siquiera problemas urgentes y muy conocidos como el drenaje o el abastecimiento de agua recibían atención hasta que el tema era incluido en el nuevo plan (Mudaliar, 1962, p. 478).

Tres recomendaciones importantes muestran las tensiones en el texto. La primera es que un elemento central era fortalecer en la Constitución la posición del Consejo de Salud, para que éste tuviera mayor impacto tanto en términos de asignación de fondos como de organización de actividades. Sin embargo, en el Resumen de recomendaciones, el Reporte sólo mencionaba la introducción de fondos de asistencia (*grants-in-aid*) del gobierno central a proyectos que tenían impacto nacional y la formación de un Sistema de Salud Nacional, entre otras cosas (Mudaliar, 1962, n.p.).

La segunda es que, a pesar de la relevancia de la salud, que era descrita como una

promesa para los "ciudadanos" de la nueva nación (Mudaliar 1962, p. 477), el Reporte Mudaliar no la concibió como "derecho" y consideró que era inevitable pagar por la atención médica. Por ejemplo, el Reporte recomendó que los hospitales podían cobrar a pacientes hospitalizados y ambulatorios (Mudaliar, 1962, pp. 78-79).[10]

La tercera es que el Reporte Mudaliar dejó de apoyar la idea de los centros de salud primarios, tal como habían descritos en el Reporte Bhore y recomendó que no se abrieran. La razón es que estos centros no estaban recibiendo suficientes fondos para equiparlos y contratar el número adecuado de personal. Pero, en vez de recomendar que el gobierno vigilara su buen funcionamiento, recomendó que no se abriera ningún centro nuevo a menos que tuviera las características delineadas en 1946. En el Resumen de recomendaciones, el Reporte afirmó que sería preferible abrir unidades móviles que brindaran atención médica al resto de la población rural (Mudaliar, 1962, pp. 3-4).

Al resaltar estos elementos, he tratado de mostrar las tensiones existentes al interior del Comité, quien se veía a sí mismo como independiente y crítico, pero debió hacer algunos compromisos en vista de las dificultades financieras y administrativas.

El paso de los años

Esta forma de trabajar con base en comisiones o comités de investigación se ha vuelto una característica del Estado indio. Su capacidad para organizar la realidad, para producir estudios que la condensan ha probado ser valiosa y se asemejan a otros mecanismos usados por el Estado para poder gobernar (Scott, 1998). Al mismo tiempo, los momentos en los que

[10] Este razonamiento dejaba de lado el hecho de que una familia podría empobrecerse debido a los gastos por una enfermedad. Este elemento se encontrará décadas después en otra evaluación gubernamental realizada por Chidambaram y Ramadoss (2005).

dividen sus labores han terminado por ser bien conocidos y permiten que la población sepa qué esperar: hay una constitución del organismo, una búsqueda de información acompañada en ocasiones de audiencias, un reporte y una serie de decisiones. La propuesta de Ashforth de situar tres momentos en las labores de una comisión o comité es útil y sugerente por ubicar atinadamente las relaciones de poder. En el primer momento que él denomina investigativo, personas nombradas por el Estado interactúan con aquellos que representan intereses sociales específicos. Este procedimiento no sólo encarna en una forma de hacer preguntas de forma científica, rigurosa, sino que también constituye una forma de "discurso social." (Ashforth, 1990, p. 7) El segundo momento que es el persuasivo está representado por el reporte: un texto con estrategias retóricas que es preciso analizar (Ashforth, 1990, p.8). Los reportes no son simples resúmenes de una investigación: presentan la visión autorizada sobre un tema y la forma de lidiar con éste -como hemos visto en los Reportes Bhore y Mudaliar.

En el último momento, el del archivo, la comisión o el comité entra en diálogo con la historia. Los materiales producidos pasan a ser parte del archivo: el conocimiento que han elaborado no es neutral, por supuesto, sino que está plenamente vinculado a las formaciones del poder estatal (Ashforth, 1990, p. 8).

En el ámbito de la salud, hasta este día, el gobierno indio ha nombrado varios comités y una comisión. Estos son: Comité Chadha (1963), Comité Mukherjee (1965), Comité Mukherjee (1966), Comité Jungalwalla (1967), Comité Kartar Singh (1973), Comité Shrivastav (1975), Comité Bajaj (1986) y la Comisión Nacional de Macroeconomía y Salud (2005).[11] Sin embargo, ninguno ha sido tan ambicioso como el Comité Bhore o el Comité

[11] Los años indicados corresponden a la publicación de los Reportes.

Mudaliar, excepto quizá la Comisión Nacional de Macroeconomía y Salud.[12] Todos los restantes han tenido términos de referencia muy limitados, tales como el análisis de programas para atención de enfermedades específicas, de proyectos o de estudios sobre planes de estudio para la enseñanza de la medicina.

Un rasgo más a destacar es la relevancia que han adquirido otras aproximaciones a la enfermedad y la salud: ayurveda, unani, siddha, naturopatía y homeopatía.[13] De estos, sólo los dos primeros "sistemas indígenas" (tal como fueron llamados en los textos que hemos estudiado), figuraron de forma marginal y ni vaids (sistema ayurveda) ni hakims (sistema unani) formaron parte de los comités.[14] Los Reportes de Sokhey, Bhore y Mudaliar coincidían en que un sistema científico debía ser la base para la salud y si bien preveían un periodo de transición en que vaids y hakims podrían brindar atención médica, para hacer esto posible deberían recibir entrenamiento en medicina (Sokhey, 1948, pp.22-2; Bhore, 1946, II, p. 461;

---

[12] La Comisión estuvo encabezada por dos personas (el Ministro de Salud y Bienestar Familiar y el Ministro Finanzas) y recibió fondos y asesoría técnica de la Organización Mundial de la Salud (Chidambaram y Ramadoss, 2005, p. vii). El gobierno ha realizado otros estudios sobre el estado de salud de la población, pero ya no en forma de comisiones y comités *ad hoc*. La National Family Health Survey ha hecho varias rondas de estudios para proveer de información al Ministerio de Salud y Bienestar Familiar y ha recibido fondos de diversas agencias internacionales. La primera serie de estudios fue hecha en 1992 y 1993: los resultados, así como los resultados de los siguientes estudios están disponibles para los investigadores en su página web (http://rchiips.org/nfhs/). La Misión Nacional para la Salud Rural fue creada en 2005 para atender la falta de servicios en áreas rurales y en 2013 se incorporó a la Misión de Salud Nacional. Por ejemplo, en 2011 la Misión realizó un estudio en 7 estados (Government of India, Planning Commission, Programme Evaluation Organisation 2011).

[13] Agradezco a un@ de los dictaminador@s, la sugerencia de hacer mención de este tema.

[14] El Comité Mudaliar incluyó a un médico, P.M. Mehta, interesado en los sistemas indígenas, particularmente en ayurveda. Para una introducción a estas aproximaciones a la salud, a su relación con el movimiento nacionalista, así como a la relevancia que han adquirido en la época independiente, véanse: Ernst, 2002; Ernst, 2007; Khan, 2005; Jaggi, 2001; Mukharji 2009.

Mudaliar, 1962, pp. 451-462).[15] Sin embargo, con el tiempo y una vez que la formación en medicina estuviera al alcance de todos, desaparecería la "confusión" entre los varios tipos de entrenamiento y de sistemas médicos (Sokhey, 1948, pp.22-23).

El Comité Mudaliar agregó un elemento: India no podía quedarse atrasada respecto a otros países que habían hecho grandes progresos, además de que la ayuda recibida por parte de organizaciones como la OMS apuntaba en ese sentido.[16]

Al final

El propósito de este texto ha sido reflexionar sobre dos temas diferentes, aunque interrelacionados. Uno es la historia de las comisiones y los comités como un mecanismo muy usado por el Estado indio. El otro es los proyectos estatales sobre salud en los primeros años del periodo independiente.

Las comisiones y comités nos hablan de los objetivos, contradicciones y temores del Estado. Nos hablan también de sus alcances: los memoranda enviados, las audiencias públicas, las tensiones entre sus integrantes y el seguimiento en la prensa apuntan a la presencia del Estado en la vida cotidiana.

En este artículo me he enfocado en el contexto, las razones de Estado para conducir

[15] Sólo tres integrantes del Comité Bhore sugirieron que vaids y hakims podrían atender a la población.

[16] Estas posturas se han modificado paulatinamente. El Estado indio nombró de forma paralela comités de investigación para determinar cómo habría de hacerse la integración de sistemas indígenas con la medicina y destinó presupuesto para ellos en el Primer y Segundo Plan. En 1995 se estableció un Departamento del Sistema Indio de Medicina y Homeopatía, cuyo nombre cambió en 2003, para finalmente adquirir la categoría de Ministerio en 2014 (Ministry of Ayush). La OMS actualmente posee lineamientos y definiciones sobre las medicinas tradicionales y las medicinas complementarias, así como una serie de recomendaciones para su estudio y práctica (OMS, 2013).

este tipo de estudios, las tensiones en comisiones y comités y la participación de los expertos. El análisis de los documentos elaborados por las comisiones y comités señala las contradicciones inherentes en la política gubernamental *vis à vis* las decisiones prácticas tomadas. La compilación de datos a través de estudios cuidadosos y bien planeados contribuye a la idea de que los procedimientos estatales son racionales y distinguen claramente a los estados modernos de los premodernos (Scott, 1998, p. 51). Esta necesidad de diferenciarse fue muy evidente en los estados recién independizados.

Los reportes y otros documentos producidos por este régimen de expertos forman parte del archivo estatal de India, que nos habla de una historia incansable de esfuerzos por modernizar el país. Es importante pensarlos así: los incontables volúmenes producidos están pensados para hacer el mundo más simple y legible (aunque dejen de lado elementos relevantes), lo mismo que otras estrategias que el Estado usa para conocer a su población y su territorio. Uno de los mejores ejemplos, escribe Scott, son los mapas catastrales, que reflejan principalmente el valor comercial de la tierra: "Cualquier otro valor que la tierra pudiera tener para propósitos de subsistencia o para la ecología local fue enmarcado como un valor estético, ritual o sentimental" (1998, p. 47). Estudiar comisiones y comités, como cualquier otro tipo de material del archivo estatal, significa trabajar con el resultado de un proceso de selección y organización, que ha dejado de lado cosas consideradas irrelevantes, innecesarias (Pandey, 2012).

Asimismo, deseo contribuir a una mejor comprensión de los primeros años del periodo poscolonial. He tratado de mostrar que el paso de un periodo a otro no se reduce a rupturas absolutas ni a continuidades simples, sencillas. El hecho de que un Reporte de un Comité colonial, el Bhore, pudiera ser la base de la política en salud en el periodo independiente nos habla de los elementos relevantes que incluyó y de la crítica implícita al

periodo colonial. A pesar de sus características progresistas, las dificultades de los primeros años y la reticencia a pensar en la salud como un derecho no permitieron grandes avances. En cuanto al Comité Mudaliar, su desempeño buscó ser crítico y afirmó su independencia, pero sus recomendaciones se vieron limitadas por los múltiples problemas encontrados. Si bien es cierto que confirmó el papel del Estado como el principal responsable de la salud de la población, no recomendó la modificación de la forma en que los gobiernos central y estatales se repartieron las tareas.

Referencias

Amrith, S. S. (2006). *Decolonizing International Health: India and Southeast Asia, 1930–65*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Amrith, S.S. (2007). Political Culture of Health in India. A Historical Perspective. *Economic and Political Weekly*, 42(2), 114-121.

Amrith, S. S. (2008) Food and welfare in India, c. 1900–1950. *Comparative Studies in Society and History*, 50 (4), 1010-1035, http://eprints.bbk.ac.uk/2756/ (recuperado el 23 de septiembre de 2019).

Ashforth, A. (1990). Reckoning schemes: On Commissions of Enquiry as Power/Knowledge Forms. *Journal of Historical Sociology*, 3(1), 1-22.

Bajaj, J.S. (1986). *Bajaj Report*. Nueva Delhi: Government of India, National Health Portal, Government of India: https://www.nhp.gov.in/bajaj-committee-1986_pg (consultado el 15 junio de 2017).

Bhore, J. (1946). *Report of the Health Survey and Development Committee*, 3 v. Nueva Delhi: Manager of Publications,

https://www.nhp.gov.in/bhore-committee-1946_pg. (consultado el 12 de febrero de 2016).

Borkar, G. (1957). *Health in Independent India: A Decade of Progress*. Nueva Delhi: Government of India, Ministry of Health.

Burton, A. (1996). Contesting the zenana. The Mission to Make Lady Doctors to India 1874-1885. *Journal of British Studies*, 35(3), 368-397.

Chadha, M.S. (1963). *Chadha Report*, Nueva Delhi: Government of India, National Health Portal, Government of India:

https://www.nhp.gov.in/chadha-committee-1963_pg (consultado el 15 June 2017)

Chakrabarty, D. (2011). Los legados de Bandung: Descolonización y política de la cultura. En S. Dube (Ed.), *Encantamiento del desencantamiento: Historias de la modernidad,* (pp. 199-223). México: El Colegio de México.

Chandra, B., Mukherjee, M. y Mukherjee, A. (2002). *India after Independence: 1947–2000*, Nueva Delhi: Penguin Books.

Chidambaram, P. y Ramadoss A. (2005). *Report of the National Commission on Macroeconomics and Health*, Nueva Delhi: Government of India, Ministry of Health and Family Welfare,

http://www.who.int/macrohealth/action/Report%20of%20the%20National%20Commission.pdf (consultado el 15 de junio de 2017).

Corrigan, P. y Sayer D. (1985). *The Great Arch: English State Formation as Cultural Revolution*. Oxford: Basil Blackwell.

Ernst, W. (Ed.) (2002). *Plural Medicine: Tradition and Modernity*. Londres: Routledge.

Ernst, W. (2007). Beyond East and West. From the History of Colonial Medicine to a Social History of Medicine(s) in South Asia. *Social History of Medicine*, 20(3), 505-524. DOI 10.1093/shm/hkm077

Forbes, G. (1994). Medical Careers and Health Care for Indian Women: Patterns of Control. *Women's History Review*, 3(4), 515-530.

Forbes, G. (2004). *Women in Modern India*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gosnell, H. F. (1934). British Royal Commissions of Inquiry, *Political Science Quarterly*, 49 (1), 84-118.

http://www.psqonline.org/article.cfm?IDArticle=4387 (consultado el 11 de abril de 2016).

Government of India. Ministry of Ayurveda, Yoga, and Naturopathy, Unani, Siddha, and Homeopathy. http://ayush.gov.in/

Government of India. *National Family Health Survey*. http://rchiips.org/nfhs/index.shtml (consultado el 10 de diciembre de 2018).

Government of India. Planning Commission (1951). Chapter 32. Health, *First National Plan (1951–1956)*, Nueva Delhi: Government of India. (http://planningcommission.gov.in/plans/planrel/fiveyr/index1.html, (consultado el 18 de julio de 2017).

Government of India, Planning Commission (1956). Chapter 25. Health, *Second National Plan (1956–1961)*, Nueva Delhi: Government of India. http://planningcommission.gov.in/plans/planrel/fiveyr/index1.html, (consultado el 18 de julio de 2017).

Government of India. Planning Commission. Programme Evaluation Organisation (2011): *Evaluation Study of National Rural Health Mission (NRHM) in 7 States*. Nueva Delhi: Government of India.

http://planningcommission.nic.in/reports/peoreport/peoevalu/peo_2807.pdf (consultado el 18 de julio de 2017).

Government of India (1950). *Resolution Setting Up the Planning Commission*. (http://planningcommission.gov.in/aboutus/history/PCresolution1950.pdf, consultado el 3 de diciembre de 2019).

Government of India (1952). *The Commissions of Inquiry Act*. http://legislative.gov.in/sites/default/files/A1952-60.pdf (consultado el 18 de julio de 2017).

Hansen, T. B. (2000). Governance and Myths of State in Mumbai. En J.C. Fuller y V. Bénéï, (Eds.), *The Everyday State and Society in Modern India* (pp. 31-67). Nueva Delhi: Social Science Press.

International Institute for Population Sciences. *National Family Health Survey*, India. (http://rchiips.org/nfhs/index.shtml, consultado el 10 de diciembre de 2018).

Jaggi, O. (2000). *Medicine in India: Modern Period*. Nueva Delhi y Nueva York, Oxford University Press.

Khan, S. (2006). Systems of medicine and nationalist discourse in India: Towards ''new horizons'' in medical anthropology and history. *Social Science and Medicine*, 62, 2786-2797.

DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.10.039

Martínez, B. (2019). Comisiones en pugna: hacia una explicación de la violencia de 2002 en India occidental. En W. Phillips, L. Carballido Coria y Óscar Figueroa (Eds.), *Inventar la India. Representaciones disciplinarias a partir de la historia, las humanidades y las artes*. (pp. 107-128). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Mudaliar, A. L. (1962). *Report of the Health Survey and Planning Committee*. Nueva Delhi: Government of India, Ministry of Health,

https://www.nhp.gov.in/mudaliar-committee-1962_pg (consultado el 12 de febrero 2016).

Macmillen, Ch. W. y Brimnes, N. (2010). Medical Modernization and Medical

Nationalism: Resistance to Mass Tuberculosis Vaccination in Postcolonial India, 1948-1955. *Society for the Comparative Study of Society and History*, 52(1), 180-209. DOI:10.1017/S0010417509990375

Mukharji, P.B. (2009). Pharmacology, 'indigenous knowledge', nationalism: A few words from the epitaph of subaltern science. En B. Pati y M. Harrison. *The Social History of Health and Medicine in Colonial India* (pp. 195-212). Londres y Nueva York: Routledge.

Murthy, P., Sarin, A. y Jain, S. (2013). International Advisers to the Bhore Committee. Perceptions and Visions for Healthcare. *Economic and Political Weekly*, 48 (10), 71-77.

Pandey, G. (2012). Un-archived Histories: The "Mad" and the "Trifling." *Economic and Political Weekl*y, 47 (1), 37-41.

Scott, J. C. (1998). *Seeing like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven: Yale University Press.

Sherman, T. C. (2013). From 'Grow More Food' to 'Miss a Meal:' Hunger, Development and the Limits of Post-Colonial Nationalism in India, 1947–1957. *South Asia: Journal of South Asian Studies*, 36(4), 571-588.

DOI: 10.1080/00856401.2013.833071

Sherman,T. C. (2018). Education in early postcolonial India: expansion, experimentation and planned self-help. *History of Education*, 47(4), 504-520,

DOI:10.1080/0046760X.2017.1413214

Sokhey, S.S. (1948). *National Health. National Planning Committee Series*, Bombay: Vora & Co. Ltd. Publishers,

http://www.communityhealth.in/~commun26/wiki/index.php?title=File:Sokhey_Committee_report_1948.PDF.pdf (consultado el 11 de abril de 2016).

Word Health Organization (2013). *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. Ginebra:

World Health Organization.

World Health Organization a. India. https://www.who.int/countries/ind/en/ (consultado el 3 de diciembre de 2019).

World Health Organization b. Mexico. https://www.who.int/countries/mex/en/ (consultado el 3 de diciembre de 2019).