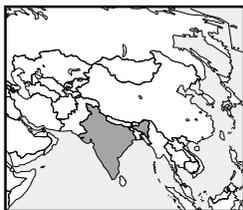


Abismo entre discurso e prática prejudica mais as mulheres

JOHN SAMUEL

BOBBY KUNHU¹



O desenvolvimento nacional indiano é um paradoxo. Existe um compromisso expresso de cumprir as Metas de Desenvolvimento do Milênio, respeitando, protegendo e cumprindo os direitos econômicos, sociais e culturais. Mas há uma polarização política clara dessa postura com a privatização de serviços que afetam os direitos básicos dos setores pobres – como educação, saúde, abastecimento de água e distribuição de alimentos. Em contraste com a linguagem dos direitos, os receituários políticos afastam os serviços básicos da responsabilidade e das obrigações do Estado.

A prova dessa tendência é a distância flagrante entre os pronunciamentos políticos e as alocações orçamentárias. Durante o período de liberalização econômica, de 1992 em diante, o compromisso orçamentário decresceu em termos reais. A presença do Estado na saúde – que historicamente foi muito decisiva – lentamente começou a desaparecer, com o espaço sendo preenchido por investimentos privados. Isso fica mais óbvio quando se analisam as despesas orçamentárias em setores mais centrais, como o percentual do Produto Interno Bruto (PIB) durante a década passada. A retirada de subsídios e de investimentos estatais desses setores é outro indicador definitivo.²

Os direitos básicos de grupos marginalizados – como os *dalits*, comumente chamados de *intocáveis*; *adivasis*, comunidades nativas que constituem cerca de 25% da população; trabalhadores(as) sem-terra; mulheres e crianças pobres – estão sendo substancialmente solapados no meio de declarações políticas que mascaram alocações financeiras inadequadas.

A taxa de alfabetização da Índia é de 65%, porém somente 54% das mulheres sabem ler e escrever.³ A evasão escolar tem crescido nos últimos cinco anos e é maior entre as meninas. Somente 43,6% das meninas estão matriculadas na escola primária; desse número, somente 40,1% passam para a escola secundária. Também são marcantes as disparidades entre as meninas de áreas

rurais e urbanas e entre *dalits*, *adivasis* e outras minorias.⁴ Crianças delinqüentes, filhos(as) de prisioneiros(as) e de trabalhadores(as) do sexo são impedidos(as) pelos distritos policiais de receber educação primária.⁵

Os gastos públicos gerais com educação caíram de 4,4% do PIB em 1989 para 2,75% em 1998–1999.⁶ O ensino primário ainda não é gratuito ou obrigatório, a despeito da Emenda 93 da Constituição e de uma decisão da Corte Suprema de 1993 – que tornou a educação um direito fundamental das crianças entre 6 e 14 anos.⁷ Com os atuais gastos em educação primária em cerca de 1,5% do PIB, estima-se que um aumento para 2,8% do PIB contribua para o cumprimento das obrigações constitucionais.⁸

A última década tem visto a crescente retirada do Estado da área de educação, especialmente da educação superior, que historicamente estava sob controle governamental. O Estado tem deixado as universidades entregues à própria sorte e, em alguns casos, tornou-as dependentes de financiamento privado. O conseqüente aumento nos custos tornou a educação superior quase totalmente inacessível aos grupos marginalizados, a despeito de vários dispositivos legislativos destinados a melhorar seu acesso.

Saúde em risco

A Índia é caracterizada por sérios riscos de saúde. Mais de 100 mil mulheres morrem de anemia anualmente. Em 1991, 87,5% de todas as mulheres grávidas estavam anêmicas. Quase 600 mil crianças morrem todo ano de diarreia, enquanto 56% das crianças

1 John Samuel é o diretor executivo do National Centre for Advocacy Studies (NCAS), na cidade de Pune, Índia, e membro convidado do IDS Sussex. Bobby Kunhu é advogado, especialista em direitos humanos, e trabalha no NCAS.

2 Não possuímos dados exatos sobre a retirada dos subsídios governamentais. Como esses setores são controlados por estados individuais, atualmente não existem dados nacionais disponíveis. Porém, temos provas de que o Estado eliminou os subsídios educacionais para instituições específicas. O orçamento da Comissão de Subvenções Universitária – a organização que reúne as universidades indianas que fornecem subvenções e fundos para as universidades e ajuda governamental para estudantes – tem também declinado continuamente. Na área de atendimento primário à saúde, também tem havido cortes similares de fundos públicos.

3 ÍNDIA. *Provisional Census Report*. Nova Délhi: Departamento do Censo, 2001.

4 GOVINDA, R. (Ed.). *Indian Education Report*. Nova Délhi: Oxford University Press, 2002.

5 *Ibidem*.

6 DREZE, Jean; SEN, Amartya. *Indian Development and Participation*. Nova Délhi: Oxford University Press, 2002.

7 *Unnikrishnan v. Union of India*, 1993.

8 PARIKH, Kirit S.; RADHAKRISHNA, R. (Eds.). *India Development Report 2002*. Nova Délhi: Oxford University Press, p. 107.

com menos de 5 anos têm anemia por deficiência de ferro. Estima-se que 200 milhões de pessoas estão expostas ao risco de problemas de saúde por deficiência de iodo e que 63 milhões sofrem de bócio. Cerca de 2 milhões de casos de malária são registrados anualmente, embora haja o Programa Nacional de Erradicação da Malária. A Índia tem 3,86 milhões de pacientes de HIV/Aids, estando em segundo lugar depois da África do Sul, apesar da existência do Programa Nacional de Controle de Aids.

Entretanto, o maior fator de risco para a saúde é a pobreza, com os piores indicadores de saúde encontrados entre os grupos mais marginalizados. Por exemplo, os *adivasis* têm a mais alta incidência de mortalidade infantil (84,2 para cada mil crianças nascidas vivas), seguidos pelos *intocáveis* com 83 e por outras castas menos privilegiadas com 76 (a média nacional é de 70).⁹

Não existe legislação vigente para estabelecimento de serviços de saúde e não há regulamentação e planejamento do atendimento privado à saúde. Embora tenha sempre existido uma grande presença de partes interessadas privadas nos serviços de saúde, a nova política nacional de saúde (2001) aprofundou a retirada do Estado do setor de saúde, concentrando o envolvimento de atores não-governamentais no setor de atendimento primário à saúde. No entanto, essa política é do governo central e, como a saúde pertence à esfera estadual, tecnicamente tem somente um efeito persuasivo sobre os governos estaduais.

O sistema de saúde indiano está se tornando cada vez mais comercializado. Quase 70% da infra-estrutura de atendimento médico e mais de 80% de médicos e médicas estão no setor privado. As pessoas financiam diretamente, por meio de taxas de consumo e da compra de serviços de saúde, quase 80% das despesas totais com saúde.¹⁰ O resultado é que os gastos com saúde são a primeira causa do endividamento das famílias pobres. Os gastos agregados com saúde são 5,2% do PIB, e desses, somente 14% são recursos públicos.¹¹ A tendência na Índia mostra o declínio no financiamento público da saúde, de 1,25% do PIB em 1993–1994 para 0,9% em 1999–2000 – ao passo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda 5%.¹²

Historicamente, o Estado tem tido papel importante nos subsídios farmacêuticos, assim como em investimentos diretos e indiretos na pesquisa e desenvolvimento. No entanto, como consequência direta do acordo Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trips), os subsídios estatais aos medicamentos caíram drasticamente, o que aumentou os preços. A retirada completa dos subsídios governamentais e a aplicação de um novo regime de patentes – que impedirá a engenharia

reversa e, portanto, a produção de medicamentos genéricos a baixo custo – podem estar concluídas já em 2005. Isso resultaria em subida dos preços dos remédios para patamares semelhantes aos estadunidenses, enquanto os salários permaneceriam em patamares indianos.

A tendência estatal de se retirar dos gastos de saúde pública pode ser vista na **Tabela 1**.

Anos	Percentual do PIB a preços atuais de mercado
1993–1994	1,25
1994–1995	1,22
1995–1996	1,02
1996–1997	0,95
1997–1998	1,00
1998–1999	1,11
1999–2000	0,90

Tal política dirige o sistema de saúde para o atendimento urbano baseado em especialistas, alienando cidadãos e cidadãs mais marginalizados. As conquistas atuais no setor do atendimento primário à saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde de 1983, só foram possíveis por causa de investimentos estatais diretos. O estado de Kerala, com os melhores indicadores de saúde do país, tem a melhor infra-estrutura de saúde apoiada pelo estado. Porém, também naquele estado, o governo anunciou a privatização dos centros de atendimento primário à saúde e planeja introduzir taxas pelo uso dos serviços de saúde estaduais.

As áreas rurais e regiões com infra-estrutura precária serão diretamente afetadas com a retirada do Estado do setor de saúde. Tradicionalmente, o governo tem sido o fornecedor de serviços de saúde às mulheres das comunidades marginalizadas – de contracepção a histerectomias.

Pilhagem da água

Um terço do território indiano é propenso à seca. A água é o recurso natural mais disputado do país, tendo um impacto significativo sobre a subsistência das pessoas em geral e das marginalizadas em particular. Há uma disparidade crescente no acesso à água, e os conflitos inter-regionais e intra-regionais em torno da água estão aumentando.¹³ Em muitos casos, a água está sendo trazida de áreas rurais e dos *adivasis* para atender às crescentes necessidades das zonas urbanas. Por exemplo, a água potável de Mumbai (ex-Bombaim) é obtida de áreas dos *adivasis*

9 Voluntary Health Association of India (VHAI), relatório sobre o Projeto de Política Nacional de Saúde 2001. GNANA, Prakasam et al. *Advocacy Update – Campaign for Peoples Right to Health*. Pune: NCAS, out./dez. 2001.

10 Ibidem.

11 Ibidem.

12 Centre for Monitoring Indian Economy (CMIE), Finanças Públicas.

13 Um bom exemplo é o atual impasse entre Karnataka e Tamil Nadu sobre o compartilhamento das águas do Cauvery.

em Thane. A Coca-Cola inaugurou uma fábrica em uma área dos *adivasis* no distrito de Palkkad, em Kerala, e seus poços tubulares causaram forte declínio do lençol freático.

O Estado mudou sua posição sobre a Política Nacional de Águas de 1982, que enfatizava recursos hídricos de propriedade comunitária, para a Nova Política de Água, anunciada em 2002, centrada em estimular a participação do setor privado na água:

*A participação do setor privado deve ser estimulada no planejamento, desenvolvimento e administração de projetos de recursos de água para diversos usos, sempre que possível [...]. Dependendo das situações específicas, devem ser consideradas várias combinações da participação do setor privado na construção, propriedade, operação, arrendamento e transferência dos sistemas de água.*¹⁴

A política também está sendo adotada por muitos governos estaduais, e vários estados já iniciaram a privatização da água. O governo de Chattisgarh arrendou o rio Sheonath na região de Durg por um período de 12 anos, em um esquema do tipo “construir, possuir, operar e transferir (Boot, na sigla em inglês), para a companhia privada Radius Water Limited – a despeito dos protestos da sociedade civil e das comunidades locais. Durante séculos, esse rio tem fornecido água para habitantes das aldeias ribeirinhas, com utilização na irrigação, pesca, água potável, água de lavar e de banho. Agora, a companhia regula essas atividades e já proibiu a pesca e o desvio de água para irrigação em um raio de 18 quilômetros. O contrato também cobre a água subterrânea e foram instalados medidores nos poços tubulares que fornecem água para as indústrias locais. A companhia vende água a US\$ 0,26 por metro cúbico. Com uma

oferta diária de 4 milhões de litros de água, espera-se gerar receitas de US\$ 126 milhões em 20 anos. Há outros planos de privatização de água para o futuro próximo, incluindo um projeto de US\$ 340 milhões em Tirupur, Tamil Nadu, Burgaon, Madhya Pradesh e Vishakapatnam em Andhra Pradesh.¹⁵

Tradicionalmente, a água tem sido propriedade da comunidade. A dependência da água é bastante alta, pois muitas pessoas sobrevivem da manutenção de pequenas propriedades agrícolas e da pesca. Ao conceder a interesses privados o controle sobre esse importante setor, o governo está pavimentando o caminho para as grandes multinacionais da agricultura assumirem o controle completo dos outros setores de serviços básicos.

O efeito mais significativo de uma década de avanços das privatizações é a debilitação da capacidade humana causada pela falta de acesso a serviços básicos, cada vez mais indisponíveis ou muito caros. A privatização dos serviços básicos impede um grande número de pessoas marginalizadas de garantir seu sustento e ter controle sobre a própria vida. O acesso limitado à água, a estagnação da agricultura¹⁶ e as demissões nas empresas que antes pertenciam ao setor público causaram a redução do emprego. Isso tem contribuído para a migração crescente às áreas urbanas, onde as pessoas desempregadas e marginalizadas são um campo fértil para extremismos.

Privar as pessoas de água e de serviços básicos leva à pobreza e à exclusão social, que, por sua vez, resultam em conflitos sociais. Quando essa tendência está associada à crise de governança, há uma erosão acelerada dos direitos civis e políticos e uma diminuição da tolerância em relação às pessoas que pensam de forma diferente. ■

National Centre for Advocacy Studies (NCAS)
(Centro Nacional para Estudos de *Advocacy*)
Centre for Youth and Social Development (CYSD)
(Centro para a Juventude e o Desenvolvimento Social)
<cysdbbs@sancharnet.in>

14 Política Nacional da Água, 2002, parágrafo 13.

15 *Outlook*, 23 set. 2002.

16 Também por causa da queda dos preços dos produtos agrícolas em virtude da eliminação de barreiras aduaneiras sobre importações.