

Organismos internacionales y transformaciones del Estado en salud y educación¹

Mercedes Krause²

Resumen

En Argentina es dado por sentado el poder que tuvieron los organismos internacionales sobre la conformación del Estado neoliberal, sobre todo durante la década del '90. En este artículo analizamos las transformaciones del Estado en torno a la salud y educación en relación con las recomendaciones de los organismos internacionales. Para ello partimos de la conceptualización y caracterización de los organismos internacionales como burocracias. Exploramos algunas de las transformaciones institucionales que tuvieron lugar en Argentina desde los '50 hasta la actualidad y abordamos brevemente los actores y tensiones involucrados en el proceso de implantación de las ideas difundidas internacionalmente en el contexto y problemáticas locales.

Palabras clave: Organismos internacionales - Mercantilización - Reforma - Políticas de salud - Políticas de educación

Abstract

In Argentina the power that international organizations had on the conformation of the neoliberal state, especially during the 90s, is taken for granted. In this paper we analyze the state transformations around health and education in relation to the recommendations of international organizations from the '50s to the present. To do this we start with the conceptualization and characterization of international organizations as bureaucracies. We exemplify the above by exploring some of the institutional changes that took place in Argentina, and we briefly address the tensions and actors involved in the process of implementing the internationally disseminated ideas in the local context and issues.

Key words: International Organizations - Commodification - Reform - Health Policies - Education Policies

Introducción

Numerosos autores coinciden en resaltar la presión que ejercen las ideas difundidas por organismos internacionales sobre las transformaciones del Estado en distintos períodos socio-históricos. Así también se problematiza cómo

¹ Trabajo recibido el 30/03/2014. Aprobado el 20/06/2014.

² Una versión preliminar fue elaborada en el marco del seminario *Estado y política internacional*, a cargo del Dr. Gastón J. Beltrán, a cuya memoria dedicamos esta publicación. Doctoranda en Ciencias Sociales, UBA. Becaria de CONICET en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Contacto: merkrause@gmail.com

el poder de intervención política pasa cada vez más por manos de actores supranacionales. Siguiendo a Beck (2007), podemos decir que el Estado nacional de la Primera Modernidad se ha desdibujado dando paso a nuevos actores, con la globalización «surgen un espacio y un marco de acción nuevos: la política se *deslimita y desestataliza*».³ Barnett y Finnemore (2004) resaltan la constante expansión de los organismos internacionales y la burocratización del mundo como uno de los acontecimientos más importantes de los últimos dos siglos; mientras que otros estudios consideran que la proliferación de organismos internacionales es una de las características del orden mundial de posguerra.⁴ Así, pareciera haber consenso acerca del escenario global en que se juega la política actualmente.

Específicamente en Argentina, es dado por sentado el poder que tuvieron los organismos internacionales sobre la conformación del Estado neoliberal, sobre todo durante la década del '90. Sin embargo, no fueron tantos los que se dedicaron a un análisis concreto de las ideas y medidas propuestas por los organismos internacionales durante el neoliberalismo y en otros períodos, de quiénes formaron parte de su interpretación e implementación local, ni qué consecuencias institucionales tuvieron las ideas en definitiva. Estos son precisamente los ejes que nos interesa explorar en el presente trabajo respecto de los ámbitos de educación y salud argentinos.

Definiciones conceptuales

Barnett y Finnemore (2004) proponen pensar el rol de los organismos internacionales en la construcción de formas de intervención global y su relación con los Estados nacionales, a partir del análisis de la burocratización de la política. Por un lado, analizan el rol disciplinador de los organismos internacionales para con las políticas de los llamados países en desarrollo. Retomando el concepto de «isomorfismo coercitivo» de DiMaggio y Powell (1983), dan cuenta de la pérdida de autonomía del Estado nación frente a presiones internacionales. Por otro lado, se interesan por el efecto que las ideas tienen sobre las definiciones locales de lo que es racional (y lo que no) y cómo se acciona al respecto. Aquí utilizan el concepto de «isomorfismo normativo» para dar cuenta de cómo las formas de discurso y prácticas atraviesan las fronteras nacionales.⁵

³ Beck, 2007: 27.

⁴ de Mattos, 2002.

⁵ Por ejemplo, las normas de evaluación educativa operan como un isomorfismo normativo

Teniendo en cuenta cómo operan las diferentes formas de isomorfismo, Barnett y Finnemore (2004) proponen una definición conceptual de los organismos internacionales como burocracias, la cual implica una forma de ejercer la autoridad que posee su propia lógica interna y tendencias de comportamiento. Las burocracias no son funcionales a los Estados u otros actores –como una clase dominante transnacional– que les delegarían su poder. Incluso pueden llegar a actuar en contra de esos intereses del Estado o transformarlos con el tiempo. Asimismo, sus fisuras internas hacen imposible conceptualizar a los organismos internacionales como un bloque homogéneo.⁶

Es decir, las burocracias ejercen su poder a través de la capacidad de hacer impersonales sus normas. Son, por definición, autoridades de tipo legal-racional.⁷ Los organismos internacionales, en tanto burocracias, poseen su propio derecho a la autoridad, pero no tanto por sus recursos materiales e información sino más bien por su capacidad de crear realidad manipulando los incentivos para la acción de los Estados y otros actores no estatales. Los organismos internacionales disfrutan de esta autoridad inherente pero también la construyen a través de otras fuentes, como la integridad moral, su experiencia y tareas delegadas. Deben percibirse como sirviendo a un propósito valioso y legítimo socialmente, sirviendo a los demás de manera imparcial y tecnocrática. Por lo tanto, su autoridad rara vez proviene solamente de una delegación de tareas, de sus principios legal-rationales, de sus reclamos morales, o de su *expertise*. Las diferentes fuentes de su poder se entremezclan para constituir la autoridad de los organismos internacionales.

De la anterior definición podemos derivar el análisis de tres elementos conceptuales que nos interesa resaltar a fines de comprender el poder de las ideas difundidas por los organismos internacionales: (i.) la condicionalidad de las reformas políticas, (ii.) el poder del saber experto y (iii.) la ampliación burocrática de las intervenciones.

En primer lugar, entendemos que gran parte del poder de los organismos internacionales reside en que sus recomendaciones han dejado de tener

cuando los países no miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) participan voluntariamente del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA), y a pesar de los problemas de validez teórico-metodológica de las pruebas a aplicar (Murphy, 2010).

⁶ Por ejemplo, el deterioro de los servicios de salud públicos a principios de los '90 fue atribuido por parte de la CEPAL (1994) a los recortes presupuestarios exigidos por las reformas estructurales llevadas a cabo en el marco de las políticas neoliberales; mientras que el Banco Mundial lo interpretó como una prueba cabal de la incapacidad estatal y de la necesidad de reducir los Estados más aún (Ugalde y Homedes, 2002).

⁷ Barnett y Finnemore, 2004.

un carácter optativo para transformarse en condiciones para la obtención de ayuda financiera por parte del FMI o el Banco Mundial, por ejemplo. Este cambio se produjo durante la década del '80, cuando el FMI comenzó a imponer condiciones más estrictas para el préstamo de fondos e incluir el cumplimiento de medidas precisas de política económica entre ellas.⁸ A partir de los '90, en un contexto de expansión de los recursos financieros disponibles, no adoptar los programas de reformas pasó a significar quedar afuera de ese flujo de capitales.⁹ El fenómeno es analizado por Beck (2007) como el poder de exclusión de la economía mundial: «aquellos que no cumplan la lista de normas de la política neoliberal de reformas o no lo hagan satisfactoriamente corren el peligro de que se les seccione la arteria vital de las inversiones globales y los flujos de capital».^{10 11}

En segundo lugar, estas condiciones se basan en un conocimiento experto –por excelencia, de carácter económico– que tiene la capacidad de regular el mundo social otorgándole significado, valores y propósitos específicos, y que tiene prioridad respecto de otros sentidos secundarios como la política, la teoría del derecho, la historia, la sociología, etc. Dicha *expertise* otorga a los organismos internacionales su capacidad de dominar y controlar sin lugar a debates. En este sentido, los actores de la economía vienen socavando los cimientos de los Estados nacionales y sus políticas sociales mediante una retórica unívoca, «sus aportes no son planteados como visiones parciales sino como verdades absolutas y científicamente demostradas».¹² Ello desencadena una subpolitización de las decisiones de reforma, ya que «el discurso político aparece oculto tras la forma de un discurso científico».¹³ Las formas en que se definen los problemas locales, dónde se ubican las causas y las soluciones, se presentan como verdaderas y únicas e implican la obligación de actuar de determinada manera en detrimento de otras posibles.¹⁴ Así, el

⁸ Botto y Tussie, 2003.

⁹ Beltrán, 2005.

¹⁰ Beck, 2007: 185.

¹¹ Otro factor que contribuye a la aceptación generalizada de los programas de reforma política es la doctrina de «los derechos y deberes económicos de los Estados», producto de los primeros trabajos realizados en las Naciones Unidas. La misma afirma que todo Estado tiene derecho a generar sus propias políticas económicas pero es «el deber de otros países ayudarlos a alcanzar niveles adecuados de desarrollo» (Sikkink, 2009: 70).

¹² Beltrán, 2005: 28.

¹³ Beltrán, 2005: 12.

¹⁴ Por ejemplo, el FMI juzga el desequilibrio de los Estados deficitarios como consecuencia de una mala administración. Así, desecha otras explicaciones de los déficits en la balanza de pagos al tiempo que ofrece políticas de ajuste como la única solución válida (Barnett y Finnemore, 2004).

diálogo político entre los organismos internacionales y los gobiernos locales se reduce a «obtener su adhesión a las sugerencias ya elaboradas».^{15 16}

En tercer lugar, al definir los problemas y las soluciones de forma tecnocrática e imparcial, no se encuentra una auto-crítica frente al incumplimiento de los resultados esperados. La culpa es derivada al país-cliente al tiempo que se encuentra una razón para avanzar más aún sobre los asuntos estatales que, se supone, pueden contribuir a la esperada estabilización. Este último aspecto es fundamental para comprender la continua expansión de los organismos internacionales sobre un amplio espectro de temas y ámbitos, entre los que se encuentran la salud y la educación.¹⁷ De hecho, el sector salud fue uno de los que más préstamos recibió del Banco Mundial durante los '90.¹⁸

El poder de las ideas y la burocratización de la política

Siguiendo a de Mattos (2002), podemos marcar tres hitos en la expansión de los organismos internacionales sobre el área de la salud: (i.) la Conferencia «Salud para Todos» realizada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) conjuntamente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); (ii.) el documento *Financing Health Services in Development Countries: An Agenda for Reform* publicado en 1988 por el Banco Mundial, en el cual se criticaba duramente a los gobiernos que veían a la salud como un derecho e intentaban asegurar gratuitamente el acceso universal a los servicios de salud; y (iii.) la publicación del documento *Investing*

¹⁵ de Mattos, 2002: 78.

¹⁶ Encontramos algunas posturas más bien extremas para las cuales la delantera económica no sólo tiene que ver con la promoción de ideas sino también con la capacidad de «crear al Tercer mundo desde el punto de vista político, económico, sociológico y cultural» (Escobar, 1984: 383-384). Una posición más moderada es la de Friedberg (1988), quien asevera que las ideas median entre la estructura del sistema internacional y las medidas adoptadas a nivel nacional (Sikkink, 2009).

¹⁷ La expansión burocrática sobre nuevos ámbitos a reformar se comprueba, por ejemplo, en el caso de las propuestas de Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz. El fracaso de sus procedimientos originales ha llevado a ampliar sus misiones participando de las fuerzas policiales, judiciales y en la creación de empleo; también el FMI pasó de un limitado enfoque sobre la balanza de pagos a concentrarse cada vez sobre mayores controles y reformas para contribuir a la estabilización, al desarrollo, a mejorar la transparencia, eliminar la corrupción y promover el buen gobierno, entre otros (Barnett y Finnemore, 2004).

¹⁸ Basile, 2013.

in Health de 1993, por medio del cual el Banco Mundial alcanzó su preeminencia en los debates internacionales sobre políticas de salud, sobre todo construyendo agenda y modelos de reformas en salud.

En materia de educación, también encontramos la Conferencia Mundial «Educación para Todos» realizada en 1990 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); el documento de la CEPAL *Educación y Conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad* de 1993;¹⁹ y la publicación del documento del Banco Mundial *La Enseñanza Superior: Las lecciones derivadas de la experiencia* (1994) en el cual se abogaba por el fin del llamado «modelo europeo de educación superior»: universitario, gratuito, con indisociabilidad entre la enseñanza, la investigación y la extensión.²⁰

De acuerdo con las definiciones conceptuales antes señaladas, mediante estas declaraciones los organismos internacionales ampliaron sus campos de injerencia. No se limitaron a brindar subsidios o financiamiento sino que presionaron a favor de ciertas iniciativas y políticas y participaron de investigaciones que las justificaban. En este sentido, los representantes del Banco Mundial argumentan respecto de su accionar sobre el sector de la salud:

«Millones de muertes prevenibles y enfermedades tratables, junto con sistemas de salud que son ineficientes, inequitativos e inefectivos, han motivado la expansión del apoyo del Banco para el sector salud en muchos de sus países clientes. (...) El Banco está actualmente involucrado en salud internacional en cuatro áreas diferentes: préstamos y créditos, subsidios para el desarrollo, asesoramiento en políticas, e investigación. Desde un punto de partida modesto hace 30 años, el rol del Banco en la salud internacional se ha expandido rápidamente. (...) Las iniciativas de reforma son una respuesta a una variedad de presiones políticas, tecnológicas, económicas, demográficas, epidemiológicas y sociales, cuya importancia (o presencia) varía según los países. A veces la *advocacy* del Banco, en colaboración con otras instituciones internacionales, actúa como un impulso adicional para tales reformas».²¹

Aquí vemos un solapamiento de la presión política bajo una aparente integridad moral y compromiso social desinteresado –el de evitar «millones de muertes prevenibles y enfermedades tratables»–. En consecuencia, se ofre-

¹⁹ Pérez Centeno y Leal, 2011.

²⁰ Leher, 2009.

²¹ De Beyer, Preker y Feachem, 2000: 91-99.

ce un saber experto, aparentemente neutral, que proporcionará el «asesoramiento» del Banco Mundial y «otras instituciones internacionales» para asumir las reformas adecuadas. La magnitud de dicha presión –la «*advocacy*»– por parte de los organismos internacionales sobre asuntos internos es analizada por Najmias (2008) mediante el análisis de contenido de la *Declaración Mundial sobre Educación para Todos: La Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje* y otros documentos. En cuanto a actores a los que se dirigen las declaraciones y el estilo en que lo hacen, resulta interesante resaltar que el tono es de «recomendación» cuando remite a lineamientos generales y se dirige a otros organismos internacionales. En cambio, al momento de dirigirse a gobiernos y otras organizaciones locales, el tono pasa a ser de «orden»: «les instamos a...», «deben...», «es necesario...»; incluyendo incluso indicaciones acerca del peso presupuestario que debería otorgarse a la educación en cada país. Vemos, entonces, que las herramientas analíticas conllevan un conjunto de juicios normativos basados en la descalificación de los sistemas de salud y educación como ineficientes e inequitativos, pauta que habilitaba una necesidad urgente de reformas institucionales. Específicamente, se promueve la privatización y la descentralización de los sistemas de salud y educación.

Estas nociones de descentralización y responsabilidad local, participación comunitaria y administración hospitalaria se encontraban ya presentes desde la década del '50 en las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo, en aquella época su recomendación se encontraba inscrita en una concepción de la salud como bien público y de responsabilidad estatal.²² Es recién durante los '80 que se le da un nuevo cariz a dichos conceptos, relacionando a la salud y educación con bienes privados cuya crisis se inscribe en causas financieras, cuyas medidas deben subordinarse a la racionalidad financiera, cuyos mercados deben desarrollarse porque éstos funcionan como «el mejor regulador de la calidad y costos» y porque «la administración privada es más eficiente y menos corrupta que la pública».²³ Mientras la privatización quedaba justificada por la ineficiencia estatal, la descentralización se respaldaba en una mayor democratización y participación ciudadana con el argumento de que una toma de decisiones por parte de la comunidad lograría mayor satisfacción de sus necesidades particulares.²⁴

²² Iriart, Merhy y Waitzkin, 2000.

²³ Iriart et al., 2000: 98.

²⁴ Ugalde y Homedes, 2002.

Los actores intervinientes en la implantación de ideas

Queda claro cuáles fueron las ideas ofertadas a nivel mundial. Sin embargo, resta problematizar de qué manera devinieron legítimas a nivel local, qué otros actores intervinieron en el proceso, cuáles fueron los debates al respecto. Partimos de que, para ser aceptadas, estas ideas debían encajar de alguna manera con las ideologías preexistentes a nivel local así como proponer una solución a los problemas locales. En palabras de Sikkink (2009), «lo que hace a una idea persuasiva es la manera como dicha idea logra relacionarse y encajar con los problemas económicos y políticos a los que se enfrenta un país en una coyuntura determinada».²⁵ En definitiva, así como las ideas del desarrollismo encontraron adhesión por la necesidad de encaminar una rápida industrialización, las ideas del neoliberalismo aglutinaron bloques de poder por su vinculación con el «Estado agigantado».²⁶ Ambos conjuntos de ideas no formaron totalidades homogéneas, pero sí partieron de criticar y conferir un cierto sentido a la situación económico-política preexistente para, a partir de dicho diagnóstico, proponer esquemas de acción orientados hacia un futuro deseable.

Al analizar la difusión del desarrollismo como modelo económico durante las décadas del '50 y '60 en Argentina, Sikkink (2009) encuentra que a pesar de haber numerosas variantes, todas ellas partían de caracterizar a los '30 por su conservadurismo oligárquico y al peronismo como un populismo nacionalista. En contraposición, el modelo desarrollista se postulaba como alternativa frente a las nuevas restricciones internacionales tras la Segunda Guerra Mundial y las crecientes demandas internas para la intervención del Estado en la economía. De cara al futuro, se subrayaban primordialmente las responsabilidades del Estado: establecer áreas prioritarias para la inversión, ofrecer incentivos a los inversores, evaluar y financiar los proyectos de inversión, y construir la infraestructura necesaria para la industrialización.²⁷ Siguiendo esta lógica de análisis, el estudio de Beltrán (2005) analiza cómo se produjo en Argentina la aceptación generalizada de las reformas neoliberales como la mejor solución frente a la crisis económica de fines de los '80 y principios de los '90. En este caso, el argumento principal de los liberales hacía hincapié sobre las dificultades que generaba la política intervencionista para controlar la inflación y mejorar los márgenes de ganancia. El Estado

²⁵ Sikkink, 2009: 306.

²⁶ Beltrán, 2005: 74.

²⁷ Sikkink, 2009.

debía, por tanto, buscar la estabilidad monetaria, absteniéndose de las intervenciones económicas y reduciendo sus gastos sociales.²⁸

Por otro lado, encontramos los *think tanks*, agencias e instituciones privadas de investigación que contribuyeron a difundir entre los «hombres de negocios» las ideas ofertadas a nivel internacional. Entre ellos, podemos nombrar el caso del Instituto para el Desarrollo Empresario en la Argentina (IDEA), de la *primera ola* de think tanks creados hacia fines de los '50 y durante los '60.²⁹ Sus coloquios anuales promovían una agenda pública a partir de la definición de situaciones como urgentes. A fines de los '80, la «crisis terminal» que amenazaba la integridad del país articulaba la «necesidad imperiosa» de reducir la inflación y el déficit fiscal con la reforma estructural del Estado. En las memorias de su XXIV Coloquio llevado a cabo en diciembre de 1988 puede leerse:

«Es necesario replantear las funciones que le son propias [al Estado]; descentralizar su gestión y reducir su tamaño; atacar las causas del déficit fiscal y sus consecuencias inflacionarias; eliminar los servicios monopólicos creando las condiciones de competencia; privatizar lo privatizable».³⁰

Aquí vemos cómo la *expertise* económica y la ideología neoliberal fue difundida por diferentes ámbitos y a través de numerosos actores sociales. Un rol clave en este sentido lo jugaron los intelectuales, quienes además de difusores fueron «traductores, interpretando y resignificando las ideas circulantes en el plano internacional».³¹ Dentro del aparato burocrático del Estado, esta *expertise* económica avasalló los debates e intervenciones en materia de salud y educación. En detrimento de toda fundamentación propiamente educativa y sanitaria, las decisiones sobre las reformas en los sectores de salud y educación se basaron en necesidades económicas. Ello es claramente ilustrado por Cabrera (2012) para el caso de las reformas educativas neoliberales, a partir del análisis de los discursos de los legisladores en los debates parlamentarios sobre la Ley de Transferencia de los Servicios Educativos (1991), la Ley

²⁸ Dentro del proceso de implantación e implementación de estas ideas, los medios de comunicación también resultaron ser actores claves que definían en cada momento el estado de la situación. La revista *Que sucedió en siete días* puede leerse en este sentido, nucleando posturas durante el periodo desarrollista (Sikkink, 2009). También resulta ejemplar el programa televisivo *Tiempo Nuevo* que contribuyó a convertir en sentido común los slogans y discursos liberales durante los '90 (Beltrán, 2005).

²⁹ Simón, 2006.

³⁰ IDEA, 1988: 16-18, citado en Beltrán, 2005: 71.

³¹ Beltrán, 2005: 101.

Federal de Educación (1993) y la Ley de Educación Superior (1995). La autora muestra que dichas leyes tuvieron un tratamiento de mero asunto presupuestario durante los debates en el Senado y Cámara de Diputados. Tal es así que para el caso de la Ley de Transferencia Educativa afirma: «tanto senadores opositores como oficialistas reconocían la necesidad de esta subordinación de la educación a la economía y la entendían como algo irremediable». ³² Asimismo en salud, los estudios sobre la historia del sector muestran que la descentralización estuvo motivada por un conflicto financiero entre Nación y las provincias, más que por un interés de responder a las características de la población para asegurar el acceso y la utilización de los servicios. ³³

Procesos de privatización y descentralización

Finalmente, las ideas ofertadas a nivel internacional dieron forma a las reformas institucionales, produciendo una privatización y descentralización de los servicios de salud y educación argentinos.

La descentralización del sistema educativo había comenzado durante el periodo desarrollista. Según Veleda (2010), ya a principios de los '70 el gobierno nacional gestionaba el 32% de los establecimientos educativos de nivel primario, cuando históricamente había gestionado entre el 40% y el 45%. Asimismo, a partir de 1978 se vislumbra el rumbo neoliberal de las reformas, con la transferencia de los servicios educativos pre-primarios y primarios desde el Estado nacional a las provincias. Dicho traspaso se concreta sin los recursos necesarios para solventar los 44.050 cargos docentes y no docentes de 6.779 establecimientos y sin la reglamentación de las atribuciones políticas, técnicas y financieras que cumpliría el Ministerio Nacional de Educación dentro del nuevo esquema. Más precisamente, disminuyó el gasto educativo nacional por habitante y también el gasto en construcción y reparación de escuelas, al tiempo que aumentó el apoyo financiero brindado al sector privado. ³⁴

Ya en los '90, se profundiza la descentralización del sistema educativo. Entre 1991 y 1995 se transfieren a las provincias los establecimientos de enseñanza media y superior no-universitaria. Y en 1996 se reglamenta la Ley Federal de Educación que modifica la estructura del sector según niveles y

³² Cabrera, 2012: 12.

³³ Chiara, 2013.

³⁴ Veleda, 2010.

modalidades y extiende la obligatoriedad escolar, al tiempo que ratifica el principio de gratuidad de la enseñanza. En 1995 se sanciona la nueva Ley de Educación Superior, resistida, entre otros aspectos, por dejar al arbitrio de cada institución las decisiones respecto de aranceles y normas de admisión.³⁵

La privatización del sistema educativo se comprueba siguiendo la evolución positiva de los gastos provinciales en el sector privado entre 1993 y 2001 (en términos absolutos, en la inversión por alumno y en relación con la inversión en el sector público), junto con el crecimiento de la matrícula que asiste a escuelas de gestión privada desde 1955 hasta mediados de los 1990, tanto para el nivel primario como secundario.³⁶ En cuanto al nivel superior, el sector privado se desarrolla en los primeros años de la década del '80 llegando a absorber hasta el 20% de la matrícula universitaria debido al arancelamiento y restricción del ingreso a las universidades públicas durante la dictadura militar. Después de 1983 decrece al 10%, una vez levantadas las restricciones de matrícula de las universidades públicas.³⁷ Desde entonces, la distribución de matrícula entre instituciones estatales y privadas del nivel superior se mantiene estable alrededor de un 80%/20%.^{38 39}

En el sistema de salud, la descentralización comienza durante la última dictadura militar con el traspaso de algunos servicios nacionales a las provincias y continúa en 1992 con la transferencia de treinta hospitales nacionales a las provincias y a algunos municipios.⁴⁰ La descentralización es constante, quedando en 1995 solamente el 0,2% de los establecimientos de salud bajo la jurisdicción nacional.⁴¹

La privatización de los servicios de salud se comprueba revisando la evolución de las camas de internación e instituciones por subsector (público, privado y obras sociales). Según Ballesteros (2014) la reducción de la capacidad del subsistema público comienza durante el periodo desarrollista. Éste contaba con el 80% de las camas y el 68% de los establecimientos en 1958 y con el 63% de las camas y el 53% de los establecimientos en 1980. El subsector de obras sociales se mantiene con un peso marginal (entre 1958 y 1980 pasan del 5% al 6% de las camas y del 3% al 4% de los establecimientos);

³⁵ Torrado, 2004.

³⁶ CIPPEC, 2007.

³⁷ Torrado, 2004.

³⁸ Del Bello y Giménez, 2009.

³⁹ Mientras que la media regional es de 46,6% de matriculación universitaria en el sector privado en 2003 (IESALC, 2006).

⁴⁰ Torrado, 2004.

⁴¹ Ballesteros, 2012.

mientras que casi se cuadruplica la cantidad de establecimientos privados en el mismo periodo llegando al 43% del total en 1980. La tendencia se acentúa durante el periodo neoliberal, coincidiendo con las transformaciones a nivel internacional: en 1995 el subsistema público pasa a tener el 54% de las camas y el 44% de los establecimientos; las obras sociales, el 3% de las camas y el 1% de los establecimientos; y el subsector privado continua aumentado su importancia con el 43% de las camas y el 55% de los establecimientos.⁴² El crecimiento del subsector privado se comprueba además si tenemos en cuenta la desregulación del sistema de obras sociales en 1993, que propició la libre afiliación y una competencia entre entidades que favoreció a las más grandes.⁴³ Junto con la opción de derivar los aportes a empresas privadas concretada en 1998, las obras sociales pasaron a ser financiadoras del subsector privado, al no ser efectores directos de sus afiliados.⁴⁴ Asimismo, como advierte una investigación financiada por la OMS, la desregulación propició la penetración de capitales financieros multinacionales, dedicados a comprar y fusionar empresas del sector privado de la salud, y/o gerenciar instituciones de la seguridad social y del sector público.⁴⁵ En cuanto al subsector público, se estableció en 1993 la propuesta de autogestión hospitalaria que otorgaba a cada hospital la capacidad de administrar sus propios recursos y cobrar aranceles por sus servicios.⁴⁶ Desde entonces, la figura de los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) fue objeto de promoción a través de subsidios.⁴⁷ El régimen contaba, además, con el financiamiento del Banco Mundial a través del Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL, 1994), en el cual el propio Ministerio de Salud y Acción Social caracterizaba al sistema hospitalario público como deteriorado e ineficiente y criticaba su gerenciamiento como sigue:

«Sus presupuestos en la mayoría de las jurisdicciones siguen el esquema tradicional de asignación de recursos por funciones o conjuntos de acciones, no por objetivos ni por programas, adquiriendo relevancia desde el punto de vista jurídico y administrativo, pero perdiéndola desde el económico».⁴⁸

⁴² Ballesteros, 2014.

⁴³ Torrado, 2004.

⁴⁴ López y Michelli, 2010.

⁴⁵ Iriart et al., 2000.

⁴⁶ Fidalgo, 2008.

⁴⁷ Torrado, 2004.

⁴⁸ PRESSAL, citado en Belmartino, 2010: 148.

Aquí vemos hasta qué punto los actores locales incorporaron en Argentina no sólo las reformas neoliberales impulsadas por los organismos internacionales, sino también los argumentos financieros en que éstas se basaban. Por supuesto, las evaluaciones que se han hecho en ambos sectores indican que las expectativas de racionalidad y eficiencia no fueron alcanzadas. Como marca Belmartino (2010), ni siquiera se ha logrado efectivizar la unificación de aportes para aquellos beneficiarios en situación de pluriempleo. En cuanto a la estructura sanitaria del subsector estatal, se diversifican las situaciones en la que se encuentra cada provincia, dificultando su articulación.⁴⁹ En educación, el Banco Mundial promueve la evaluación de los resultados de las reformas en términos cuantitativos mientras que otros estudios analizan críticamente su alcance en términos de calidad y equidad educativas.⁵⁰

Recomendaciones e intervenciones recientes

Durante la última década, se han implementado políticas públicas en salud y educación que intentan distanciarse de las reformas de los '90, insertándose en un nuevo clima de ideas. A nivel regional fueron emergiendo los llamados bloques históricos anti-neoliberales basados en el combate a la pobreza extrema, la recuperación del papel del Estado nacional democrático y la defensa de las políticas públicas y la desfinancierización progresiva de la economía.⁵¹ Los cambios más visibles operaron sobre el mercado de trabajo y la seguridad social, aunque también en salud y educación encontramos reformas significativas.

Una nueva política educativa se implementa a partir de 2003, con la sanción de las leyes de financiamiento (Ley N° 25.864 en 2003, Ley N° 25.919 en 2004 y Ley N° 26.075 en 2005) y la Ley de Educación Técnica. En 2004, se implementa el Programa Integral para la Igualdad Educativa (PIIE), que busca redefinir la igualdad como la constitución de sujetos y ciudadanos autónomos y con participación política activa.⁵² Pero el hito en

⁴⁹ 17 provin-cias más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con la totalidad de sus servicios bajo la órbita provincial, 4 provincias con incidencia de los municipios en los centros de salud y sus hospitales bajo la órbita provincial, 2 provincias con parte de los hospitales y centros de salud bajo la órbita municipal, y el caso singular de la provincia de Buenos Aires, con incidencia municipal en el 69% de los establecimientos en el año 2000 (Chiara, 2013).

⁵⁰ Pérez Centeno y Leal, 2011.

⁵¹ Castellanos, 2011.

⁵² Indarramendi, 2011.

este nuevo marco es la Ley Nacional de Educación de 2006, que regula al sistema educativo en su conjunto con el objetivo de «resolver los problemas de fragmentación y desigualdad».⁵³

En materia de salud se modifica a partir de 2002 la política nacional de medicamentos, bienes que «explican como ningún otro la relación entre salud, política y economía».⁵⁴ Se sanciona la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y se pone en marcha el Programa Remediar, con el objetivo de garantizar el acceso universal a los medicamentos, distribuirlos gratuitamente a la población de bajos recursos, producir los medicamentos en laboratorios de propiedad estatal y mitigar el aumento de costos de importación de productos críticos destinados al diagnóstico y tratamiento de la salud.⁵⁵ En 2008 se lanza el Programa para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas, y Productos Médicos.⁵⁶ Se conciben, además, otras iniciativas importantes como el Plan Nacer/SUMAR, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa Médicos Comunitarios. Además, se regula a las empresas de medicina prepaga obligándolas a cumplir con el Plan Médico Obligatorio, prohibiendo el aumento de cuotas a mayores de 65 años con 10 años de antigüedad y los rechazos basados en la edad o enfermedades preexistentes.⁵⁷

Lejos de permanecer inmutable, el discurso de los organismos internacionales también incorpora algunos cambios. Según Basile (2013), esta nueva orientación estratégica en salud se plasma claramente en 2005, cuando la OMS se define a favor del aseguramiento en salud para lograr una cobertura universal y comienza a proveer apoyo técnico en dicha dirección. Reformas en este sentido cuentan hoy con el apoyo financiero del Banco Mundial, el BID y agencias de cooperación como USAID.⁵⁸ Asimismo, tras el periodo neoliberal, la OMS comienza a promocionar el uso de medicamentos genéricos.⁵⁹ De hecho, el programa Remediar se implementa en los primeros años con fondos provenientes BID.⁶⁰ Es decir, en pleno clima de desconstrucción y crisis del paradigma neoliberal, los organismos internacionales incorporan nociones tales como «cobertura sanitaria universal» o «carrera docente» y

⁵³ Tedesco, 2009: 11.

⁵⁴ González García, de la Puente y Tarragona, 2005: 12.

⁵⁵ González García et al., 2005.

⁵⁶ Isturiz, 2011.

⁵⁷ Ballesteros, 2014.

⁵⁸ Basile, 2013.

⁵⁹ Ugalde y Homedes, 2002.

⁶⁰ Isturiz, 2011.

«cantidad sin calidad» al formular sus propuestas en salud y educación respectivamente.⁶¹ Habría que ver si la incorporación de estas nociones significa un verdadero cambio de rumbo en cuanto a políticas de salud y educación o, por el contrario, estamos ante una mera transición discursiva.

Reflexiones finales

Mediante el enfoque sobre las recomendaciones de los organismos internacionales esperamos haber contribuido a la comprensión de las formas en que se decide y actúa a nivel local. Lejos de basarse sobre evaluaciones aisladas, técnicas o valorativamente neutrales, las decisiones políticas acerca de las reformas en educación y salud se encuentran influenciadas por los organismos internacionales y otros actores y discursos. A partir de los ejemplos vistos en el presente trabajo respecto de las transformaciones institucionales en salud y educación, pudimos ver que «el *poder suave* no se separa del *poder duro* para defender proyectos y discursos».⁶² En ellos, y atravesando los distintos periodos analizados, existe una apelación indirecta al acceso universal a la salud, a la educación, la vivienda y el desarrollo, pero su implementación ha generado efectos controvertidos en términos de justicia y equidad, cuando no contrarios a los Derechos Sociales, Económicos y Culturales de la población.⁶³

Comprobamos una privatización y descentralización de los sistemas de salud y educación argentinos, sobre todo, durante el periodo neoliberal, más una contra-reforma durante la última década. Asimismo, encontramos una concordancia entre las medidas implementadas localmente y las recomendaciones y argumentos difundidos por los organismos internacionales. Sin embargo, las transformaciones del Estado no dependieron directamente de los organismos internacionales y sus recomendaciones explícitas. Cronológicamente, tanto en las recomendaciones como en las políticas públicas encontramos antecedentes de privatización y descentralización desde la década del '50 (época en que se afirmaba que el Estado debía tener un rol fuerte en inversiones e infraestructura). Asimismo, en cuanto a su profundidad, las reformas no fueron homogéneas. Encontramos diferencias según niveles educativos y de atención de la salud, subsectores de los sistemas y jurisdicciones

⁶¹ Ver por ejemplo OMS/Banco Mundial, 2013 y PNUD, 2010.

⁶² Preciado Coronado, 2009: 47-48.

⁶³ Botto y Tussie, 2003.

administrativas. En este sentido, se ha llegado a afirmar que «la privatización del sistema universitario argentino es un mito».⁶⁴ Con lo cual, tal vez las transformaciones discursivas y de sentido común hayan sido más homogéneas y perdurables que las reformas institucionales.

Los climas de ideas aquí revisados no sólo tuvieron efectos sobre el aparato burocrático del Estado sino también sobre el sentido común de gran parte de la población. Durante el periodo neoliberal, la educación y la salud dejaron de tener un carácter de derecho para convertirse en un bien de mercado. Y, aunque durante la última década se haya implementado una segunda reforma de los sistemas educativo y de salud, habría que ver si se ha cuestionado suficientemente esta visión ya arraigada. Pareciera que las recomendaciones de los organismos internacionales tienen hoy en día más efectos sobre la mercantilización cada vez más profunda del espacio social en general y del sentido común que acompaña la *ciudadanía credit card*, que sobre las políticas públicas concretas en salud y educación.

Finalmente, en el último tiempo observamos un regreso del Estado nacional a la órbita de los servicios de salud y educación. Sin embargo, las políticas recientemente implementadas siguen sin abordar el proceso de contra-reforma como un proceso de conjunto, de planificación estratégica a largo plazo, que atraviese las jurisdicciones e instituciones a favor del interés común. La articulación entre los niveles federal, provincial y local sigue siendo un desafío; así como la distribución equitativa de recursos entre los subsectores.

Bibliografía

- BALLESTEROS, Matías, (2012), «El sistema de servicios de salud: cambios recientes comprendidos desde una escala de larga duración» en *V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad*, UNTREF, Buenos Aires.
- BALLESTEROS, Matías, (2014), *Desigualdades en el acceso y la utilización de servicios de salud en zonas urbanas de Argentina* (Tesis de maestría no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- BANCO MUNDIAL, (1988), *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. A World Bank policy study. Washington

⁶⁴ Del Bello y Giménez, 2009: 19.

- DC: World Bank, Disponible en <http://documents.worldbank.org/curated/en/1989/07/440431/financing-health-services-developing-countries-agenda-reform>
- BANCO MUNDIAL, (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press. Disponible en <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/5976/WDR%201993%20-%20English.pdf?sequence=1>
- BARNETT, Michael, y FINNEMORE, Martha, (2004), *Rules for the World: International Organizations in Global Politics*. Cornell: Cornell University Press.
- BASILE, Gonzalo, (2013), «Tensiones creativas del Post-neoliberalismo: ¿avances en Seguridad Social, retrocesos en Salud Colectiva?» en *X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.
- BECK, Ulrich, (2007), *Poder y contrapoder en la era global. La nueva economía política mundial*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- BELMARTINO, Susana, (2010), «Los servicios de atención médica» en S. Torrado, (Dir.), *El costo social del ajuste. Tomo II* (pp. 103-168). Buenos Aires: Edhasa.
- BELTRÁN, Gastón, (2005), *Los intelectuales liberales. Poder tradicional y poder experto*. Buenos Aires: Eudeba/Libros del Rojas.
- BOTTO, Mercedes, y TUSSIE, Diana, (2003), «Los derechos humanos en la agenda de los organismos económicos internacionales» en *Segunda Reunión del Grupo de Reflexión Regional (GRR)*, Programa de Estudios sobre Instituciones Económicas Internacionales, FLACSO.
- CABRERA, María C., (2012), «La mercantilización de la educación durante la década neoliberal argentina» en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, año 2, n° 3, Buenos Aires, pp. 9-20, Disponible en http://trabajosocial sociales.uba.ar/web_revista_3/pdf/14_cabrera.pdf.
- CASTELLANOS, Pedro L., (2011), «La Medicina Social en el Gobierno, una reflexión sobre Estado y salud» en *Determinantes Sociales: Renovar y Sostener la Fuerza Transformadora de una Herramienta. Reflexiones sobre la Medicina Social en el Gobierno*. ALAMES/Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, La Paz.
- CEPAL, (1994), *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*, Serie Documentos Reproducidos n° 41. Washing-

- ton: Organización Panamericana de la Salud.
- CHIARA, Magdalena, (2013), «Políticas e instituciones en salud: el desafío de construir nuevos escenarios» en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, año 3, n° 6, pp. 31-42, Disponible en http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_6/PDF/05_Chiara.pdf
- CIPPEC, (2007), *Aportes financieros estatales a la educación privada*, Programa de Educación, Programa de Monitoreo de la Ley de Financiamiento Educativo, Presentación N° 6, Buenos Aires.
- DE BEYER, Joy A., PREKER, Alexander S., y FEACHEM, Richard G. A., (2000), «El rol del Banco Mundial en salud internacional: compromiso y asociación renovados» en *Cuadernos Médico Sociales*, n° 78, Rosario, pp. 91-101.
- DE MATTOS, Ruben A., (2002), «Las agencias internacionales y las políticas de salud en los años 90: Un panorama general de la oferta de ideas» en *Cuadernos Médico Sociales*, n° 82, Rosario, pp. 77-93.
- DEL BELLO, Juan C., y GIMÉNEZ, Graciela, (2009), «Mitos y realidades de la privatización de la educación universitaria en Latinoamérica» en *II Congreso Nacional y II Encuentro Internacional de Estudios Comparados en Educación Superior*, SAECE, Buenos Aires.
- DIMAGGIO, Paul J., y POWELL, Walter W., (1983), «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields» en *American Sociological Review*, vol. 48, n° 2, pp. 147-160.
- ESCOBAR, Arturo, (1984), «Discourse and Power in Development: Michel Foucault and the Relevance of His Work to the Third World» en *Alternatives: Global, Local, Political*, 10, pp. 377-400.
- FIDALGO, Maitena M., (2008), *Adiós al derecho a la salud*. Buenos Aires: Espacio.
- FRIEDBERG, Aaron L., (1988), *The Weary Titan: Britain and the Experience of Relative Decline, 1895-1905*. Princeton: Princeton University Press.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés, DE LA PUENTE, Catalina, y TARRAGONA, Sonia, (2005), *Medicamentos: salud, política y economía*. Buenos Aires: ISALUD.
- IESALC, (2006), *Informe sobre la educación superior en América Latina y el Caribe. 2000-2005. La metamorfosis de la educación superior*. Caracas: Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior en

- América Latina y el Caribe, Disponible en http://www.iesalc.unesco.org.ve/index.php?option=com_fabrik&task-=plugin.pluginAjax&plugin=fileupload&method=ajax_download&element_id=22&formid=2&rowid=98&repeatcount=0
- INDARRAMENDI, Cintia, (2011), «Diferenciar para igualar. Problematicación de la política educativa focalizada a partir del estudio del Programa Integral para la Igualdad Educativa (PIIE)» en *VI Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Buenos Aires.
- IRIART, Celia, MERHY, Emerson E., y WAITZKIN, Howard, (2000), «La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma» en *Cad. Saúde Pública*, vol. 16, n° 1, Rio de Janeiro, pp. 95-105.
- ISTURIZ, Martín A., (2011), «La producción estatal de medicamentos en la Argentina» en *Voces en el Fenix*, n° 7, pp. 110-115, Disponible en: <http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/17.pdf>
- LEHER, Roberto, (2009), «Estrategias de mercantilización de la educación y tiempos desiguales de los tratados de libre comercio: el caso de Brasil» en P. Gentili, G. Frigotto, R. Leher y F. Sturbin, (Comps.), *Políticas de privatización, espacio público y educación en América Latina* (pp. 15-66). Rosario: Homo Sapiens.
- LÓPEZ, Susan y MICHELLI, Virginia, (2010), «La derivación de los aportes de la Seguridad Social hacia el sistema privado y los mecanismos de la subsidiaridad encubierta» en *VII Jornadas de Investigación y VI de Extensión Universitaria. «Universidad, inclusión y ciudadanía: aportes para pensar las políticas públicas»*. Facultad de Trabajo Social, UNLP, La Plata.
- MURPHY, Sharon, (2010), «El arrastre de PISA: Incertidumbre, influencia e ignorancia» en *Revista Interamericana de Educación para la Democracia*, vol. 3, n° 1, pp. 29-48.
- NAJMIAS, Carolina, (2008), «Regulando la igualdad: las normativas en Educación Especial» en *II Congreso Nacional de Producción y Reflexión sobre Educación - XII Jornadas de Producción y Reflexión sobre Educación: «Entre el Contexto Actual y las Necesidades Educativas: ¿Hacia dónde va la Educación? ¿Hacia dónde podría ir?»*, Universidad Nacional de Río Cuarto, Río Cuarto.
- OMS/BANCO MUNDIAL, (2013), «Documento de antecedentes para la

- cobertura sanitaria universal: conceptos, enseñanzas extraídas y desafíos para las políticas públicas» en *Reunión ministerial de la OMS y el Banco Mundial sobre cobertura sanitaria universal*, OMS, Ginebra.
- PEREZ CENTENO, Cristian, y LEAL, Mariana, (2011), «El sentido de las reformas educativas en América Latina. Un estudio de los casos de Argentina, Brasil y Chile» en *IV Congreso Nacional y III Encuentro Internacional de Estudios Comparados en Educación. ¿Hacia dónde va la Educación en la Argentina y en América Latina? Construyendo una nueva agenda*. Sociedad Argentina de Estudios Comparados en Educación, Buenos Aires.
- PNUD, (2010), *Aportes para el desarrollo humano en Argentina. Desarrollo humano, inclusión y calidad educativa*, Buenos Aires.
- PRECIADO CORONADO, Jaime, (2009), «Geopolítica crítica, agendas de desarrollo y escenarios alternativos» en *Controversias y Concorrencias Latinoamericanas*. ALAS, año 1, n° 1, pp. 25-52.
- SIKKINK, Kathryn, (2009), *El proyecto desarrollista en la Argentina y Brasil. Frondizi y Kubitschek*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- SIMÓN, Javier J., (2006), *Entre la ciencia y la política: los think tanks y la producción y uso de conocimiento sobre educación en Argentina* (Tesis de maestría no publicada). FLACSO, Buenos Aires.
- TEDESCO, Juan C., (2009), «Leyes para una educación de calidad para todos» en *Leyes de Educación Nacional. Hacia una educación de calidad para una sociedad más justa*, Documentos Nuevas Leyes, Ministerio de Educación, Presidencia de la Nación.
- TORRADO, Susana, (2004) *La herencia social del ajuste*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- UGALDE, Antonio, y HOMEDES, Nuria, (2002), «La clase dominante transnacional: su rol en la inclusión y exclusión de políticas en las reformas sanitarias de América Latina» en *Cuadernos Médico Sociales*, n° 82, Rosario, pp. 95-110.
- VELEDA, Cecilia, (2010), «Metamorfosis de las desigualdades educativas. Política pública y polarización social» en S. Torrado, (Dir.), *El costo social del ajuste. Tomo II* (pp. 215-256). Buenos Aires: Edhasa.