

APROXIMAÇÕES ANALÍTICAS DAS TRAJETÓRIAS DE POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NO BRASIL, ARGENTINA E CHILE (1980-2000)

Cristiane Kerches da Silva Leite*
Ursula Dias Peres**

RESUMO

O texto discute a trajetória das políticas públicas de educação e saúde adotadas em três contextos nacionais distintos, a partir dos estudos de caso de Argentina, Brasil e Chile, entre as décadas de 1980 e 2000. O pano de fundo analítico são as diretrizes difundidas pelas organizações multilaterais, em um contexto regional de reformas econômicas voltadas para o mercado e as reformas políticas voltadas à democracia e suas variadas adaptações a cada realidade, levando-se em conta as relações entre os níveis de governo e a configuração dos interesses organizados e suas relações com o Estado.

Palavras-chave: Trajetórias Históricas; Políticas Sociais; Desenvolvimento; Organizações Multilaterais.

The Educational and Health Policies in Brazil, Argentina and Chile (1980-2000): an Analytical Approach

ABSTRACT

The paper discusses the history of public education and health policies adopted in three different national contexts, from case studies of Argentina, Brazil and Chile, between the 1980s and 2000. The analytical background are the guidelines disseminated by multilateral organizations, in a regional context of economic reforms aimed at the market and political reforms aimed at democracy and its various adaptations to each reality, taking into account the relationships between levels of government and the configuration of organized interests and their relationships with the state.

Keywords: : Historical Trajectories; Social Policies; Development; Multilateral Organizations.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as políticas sociais de saúde e educação no Brasil, na Argentina e no Chile sofreram importantes reformas que ampliaram os sistemas, alterando os padrões de financiamento, aumentando a participação de atores públicos e privados na gestão e na cobertura das políticas. Os indicadores sociais para o período apresentam resultados ambíguos: melhoras significativas (como a queda da taxa de analfabetismo e mortalidade infantil no Brasil) combinadas com exclusão e fragmentação dos sistemas de políticas sociais (como os casos dos sistemas de saúde pública no Chile e na Argentina). O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) dos três países revela e escamoteia um quadro complexo de desenvolvimen-

to social, como discutiremos nas considerações finais.

Da mesma forma, é notável a influência das organizações multilaterais nas reformas dos sistemas de políticas sociais, sempre em consonância com reformas econômicas de caráter neoliberal, que propunham uma rearticulação da relação entre Estado, Mercado e Sociedade para que os países saíssem da grave crise que os assolaram desde o início da década de 1980. Desde a década de 1970 a América Latina foi severamente atingida por uma crise estrutural do modo de acumulação capitalista, caracterizada pela desestruturação de regimes monetários e cambiais, crise no comércio internacional e estagflação, que atingiu em grande medida também os países desenvolvidos. Do lado social houve um profundo

* Graduada em Economia pela FEA/USP, mestre e doutora em Ciência Política pela FFLCH/USP, é professora do curso de Gestão de Políticas Públicas e do Programa de Pós Graduação em Gestão de Políticas Públicas da EACH/USP. É autora do livro: *Processo Decisório no Brasil: o caso da Lei de Responsabilidade Fiscal*. São Paulo, Ed. Hucitec, 2011. Email: criskerches@gmail.com

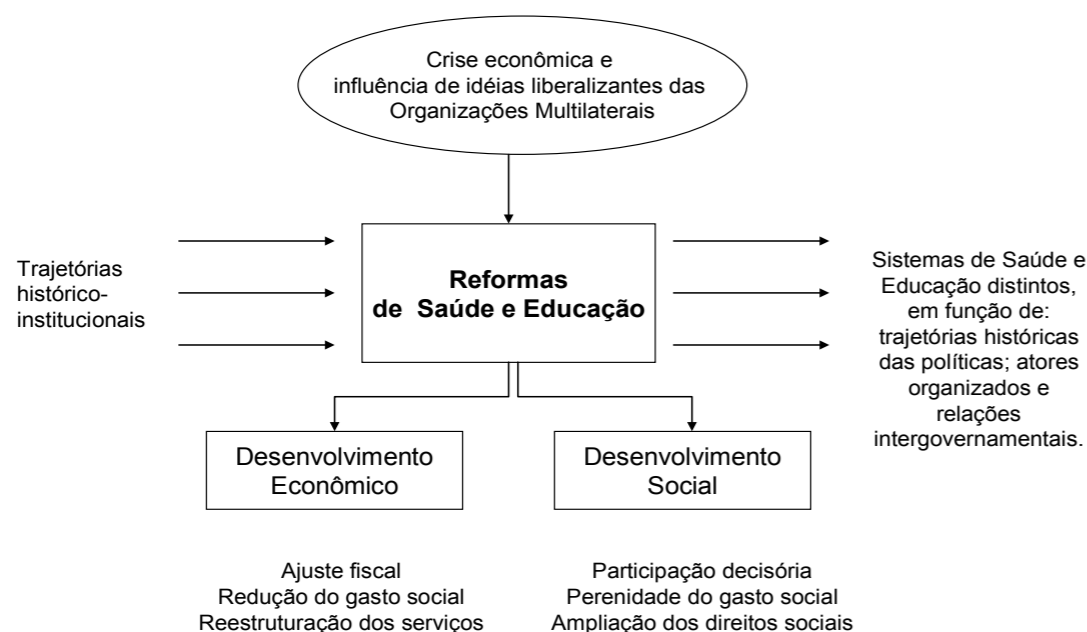
** Graduada em Administração Pública pela EAESP/FGV, mestre e doutora em Economia pela EAESP/FGV, é Professora do Curso de Gestão de Políticas Públicas e dos Programas de Pós Graduação em Mudança Social e Participação Política e em Gestão de Políticas Públicas da EACH/USP. Email: uperes@usp.br

enfraquecimento da organização dos interesses dos trabalhadores com o desmonte dos sindicatos, em razão também da rearticulação produtiva em escala mundial. O arrefecimento do trabalho organizado enfraqueceu, de modo geral, as políticas sociais baseadas na conquista de direitos de cidadania e permitiu a inserção de uma nova lógica dos direitos sociais, resultante da hegemonia neoliberal: a focalização e a privatização dos serviços sociais e o domínio da lógica privatista aos direitos, à luz das ideias baseadas nos gurus neoliberais, como o economista Milton Friedman (FONSECA E LEITE 2009).

Nos últimos 25 anos, além desses processos de caráter estrutural, esses países passaram por conjunturas críticas marcadas pela conjunção de reformas econômicas liberalizantes, processos de redemocratização e institucionalização de direitos sociais. Os processos decisórios tornaram-se ainda mais complexos com a implementação de uma agenda de políticas sociais difundida por organismos internacionais, na qual a descentralização, a eficiência e a combinação entre público-privado adquiriram centralidade. O corolário dessa agenda na gestão pública resultou de uma grande revisão dos modelos administrativos em vigor até a década de 1980. Sob influência da reforma inglesa, os países latino-americanos passaram a rever o modelo burocrático tradicional e buscar a mudança para o modelo gerencial de gestão e, a partir deste, o modelo de gestão por resultados. Nessas propostas residia a ideia de transformar a administração pública em uma gestão mais ágil, mais suscetível às demandas dos usuários, buscando maior eficiência na oferta de bens e serviços. A produção pública desses bens e serviços passou a ser altamente criticada e revista dando espaço para grandes processos de privatização, concessões, terceirização e descentralização administrativa.

Um aspecto importante a ser considerado nesse contexto é a reinserção de atores sociais organizados nos processos decisórios, em um contexto no qual tais grupos passaram a questionar a lógica decisória baseada em modelos top-down e os próprios conteúdos das políticas sociais, marcados pela ausência do princípio da universalização. Assim, a pressão por participação na decisão sobre políticas públicas vinda de movimentos sociais apartados da arena decisória nos regimes autoritários converge com a proposta de descentralização administrativa pautada na reforma da administração pública gerencial já comentada, ainda que seus objetivos finais fossem distintos.

O caso chileno é considerado o paradigma de influência das ideias neoliberais na América Latina, com a implementação de políticas dessa cepa já na década de 1970, durante o governo Pinochet. Os casos argentino e brasileiro aprofundaram a implementação da agenda na década de 1990, respectivamente nos Governos Menem e Cardoso, tanto na área econômica como na área social. Argumenta-se que a despeito de agendas de políticas sociais influenciadas por organismos financeiros internacionais e conjunturas econômicas semelhantes nos três países, os resultados das reformas nas políticas de saúde básica e de educação básica e fundamental são distintos em função, em grande parte: das distintas trajetórias históricas das políticas de cada nação, da atuação de grupos sociais organizados e das características das relações intergovernamentais (seja o sistema político unitário ou federativo). O quadro abaixo, baseado na literatura neoinstitucionalista histórica¹ que privilegia as trajetórias históricas e os contextos na análise dos processos políticos, sintetiza a estrutura de argumento do texto:



Argumenta-se que as trajetórias histórico-institucionais particulares a cada contexto nacional resultam em sistemas de proteção social distintos, ainda que o receituário de reformas e de gestão difundidos pelas organizações multilaterais fosse o mesmo para tantos e tão diversos países. O presente texto se estrutura da seguinte forma: na primeira parte são abordadas as trajetórias históricas e as relações intergovernamentais nas políticas sociais supracitadas nos diferentes países. Na segunda parte é abordada a influência de organismos internacionais nos países a partir da década de 1970. Na terceira parte são abordados aspectos da interação dos atores políticos organizados no período de análise proposto. Por fim, nas considerações finais são apresentadas algumas questões, no que tange à continuidade da análise comparada das políticas sociais em países que se caracterizam por macro processos políticos e econômicos semelhantes, mas que apresentam trajetórias de institucionalização de políticas e resultados bastante distintos. Tanto para a saúde quanto para a educação é possível observar similaridades e diferenças bastante pronunciadas entre os três casos analisados. Desenvolve-se uma proposta de esquema explicativo para as reformas das políticas de saúde e educação nos referidos países sem, obviamente, esgotar as possibilidades analíticas do tema.

TRAJETÓRIAS HISTÓRICAS E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

Trajетórias históricas das políticas de saúde

No caso específico da trajetória histórica da área da saúde, os três países apresentaram o elemento comum do *corporativismo* marcando historicamente a implementação de sistemas de saúde “altamente excludentes, heterogêneos e fragmentados, bastante resistentes à pretensão reguladora do aparelho estatal” (BUSS e LABRA 1995). Contudo, pode-se dizer que os casos argentino e brasileiro caracterizaram-se mais fortemente por processos de regulação estatal da cidadania social, ao diferenciar o acesso dos trabalhadores aos serviços sociais de saúde em função da filiação em associações e sindicatos profissionais de empregados. Durante décadas o projeto de construção de um sistema de saúde público e universal foi mitigado por uma ordem de forças políticas e contextos econômicos inóspitos para a sua implementação. O caso chileno se distingue em comparação aos demais em uma perspectiva histórica pela efetiva implementação de um sistema de saúde público e universal desde meados dos anos 1920, marcado pela atuação estratégica de grupos políticos comprometidos com princípios da medicina social.

No início do século XX, especialmente entre as décadas de 1920 e 1930, foi bastante comum na Argentina a formação de associações de empregados, tanto de empresas privadas como servidores públicos, por meio de sindicatos ou não, que tinham por objetivo o financiamento coletivo de serviços de saúde. Aquela “*solidariedade coletiva*”, porém seletiva, incluyente e excluyente ao mesmo tempo, é um dos traços fundamentais da estruturação da saúde e da medicina na Argentina. A equidade e a universalidade do sistema de saúde, viesse ele a ser público, ou fosse privado, como ocorria à época, eram fortemente prejudicadas por aquela concepção seletiva das associações, as quais se multiplicavam por todo o país a partir de distinções econômicas, sociais e culturais como nacionalidade de origem, adesão a um determinado sindicato profissional, filiação religiosa e política (BELMARTINO 2002). Esse quadro iria se constituir num dos mais graves limites à universalização do sistema público de saúde que o país tentaria criar a partir dos anos 1940, com a chegada de Juan Domingo Perón à presidência da república.

Na segunda metade da década de 1940 o governo Perón centralizou e normatizou os serviços de saúde, bem como buscou expandi-los por todo o território nacional. Contudo, o mesmo institucionalizou políticas que referendaram a relação corporativista do governo com os segmentos organizados da classe trabalhadora. Aqueles setores permaneciam atuando na lógica de acessar os serviços de saúde por meio das suas associações laborais. Parcela significativa das decisões estratégicas sobre as políticas de saúde passaram a ser disputadas pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério do Trabalho e pela Fundação Maria Eva Duarte Perón. O período também registrou o crescimento das *Obras Sociales*². A partir da segunda metade dos anos 1950 a história política da Argentina seria marcada por uma sucessão de golpes de Estado, com breves períodos de estabilidade, especialmente durante os primeiros anos dos governos de Arturo Frondesi (1958-1962), Arturo Ela (1963-1966) e, mais recentemente, Raul Alfonsín (1983-1989), todos da UCR. Ressalte-se, no entanto, que a tendência ao desmonte da estrutura dos serviços públicos de saúde criada durante o governo Perón atravessou todos os governos desde 1955, com a paulatina retirada do Estado daqueles segmentos da saúde onde a iniciativa privada tivesse interesse em atuar. Assim, ganharam peso crescente no cenário da saúde argentina na segunda metade do século XX dois atores: as associações médicas e empresas privadas de saúde, que progressivamente oligopolizaram a oferta da grande maioria dos serviços de saúde, e os inúmeros sindicatos de trabalhadores existentes no país, comandados

pela Confederação Geral de Trabalhadores (CGT) e que, através das *Obras Sociales*, respondiam pelo financiamento da demanda por aqueles serviços.

O caso *brasileiro*, por sua vez, se caracteriza pela inexistência de medidas efetivas de construção de um modelo de saúde pública durante o século XIX. O país adentrou ao século XX enfrentando condições sanitárias bastante precárias e epidemias diversas em muitas regiões. Em 1918 surgiu a Liga Pró-Saneamento do Brasil, por iniciativa de lideranças da sociedade civil que se indignavam com as condições precárias em que vivia a maioria da população brasileira. Em 1919 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), embrião de um futuro Ministério da Saúde, e nos anos 1920, ainda na República Velha, foram criadas as *Caixas de Aposentadoria e Pensão*, comandadas por empresas privadas e dirigidas para seus funcionários, onde oferecia algum tipo de atendimento em saúde.

Semelhante à trajetória argentina, na década de 1930, sob o governo de Getúlio Vargas, foram estruturadas *políticas de saúde subordinadas a lógica de regulamentação das profissões com a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (que previa assistência médica ao trabalhador) e da Previdência Social*. As antigas Caixas de Aposentadoria e Pensão foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão, sob controle dos sindicatos de trabalhadores, bem aos moldes da lógica corporativista que Vargas implantou na sua relação com as camadas populares. Apenas no final da década de 1960, já sob o regime militar, o Estado brasileiro passou a financiar diretamente, ainda que de forma parcial, as políticas de saúde. Através da criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), governo, empresários e trabalhadores passaram a contribuir para um fundo destinado a financiar os serviços de saúde destinados à população regida pela CLT. Diante da incapacidade governamental em atender aquela demanda (que excluía os trabalhadores não-regidos pela CLT, como todo o funcionalismo público, os trabalhadores do campo, os trabalhadores domésticos e os trabalhadores informais) a solução encontrada seria a contratação, através de recursos públicos, de serviços privados de saúde.

O *Chile* destaca-se entre a maioria dos países da América do Sul por ter se defrontado, desde o final do século XIX e a partir de pressões da sociedade civil organizada, com a possibilidade de implantar políticas de educação e saúde de caráter universalizante. Imediatamente após a superação da República Parlamentar, que durou de 1891 a 1925, o país inaugurou

um regime democrático pluralista e implantou o Seguro Social Operário Obrigatório, que vinha atender a uma forte mobilização social de caráter popular, e previa o acesso gratuito aos serviços de saúde para uma parcela significativa dos trabalhadores do país, em especial os que viviam nas grandes cidades (LABRA 2001).

Desde pelo menos a década de 1930 o tema da saúde pública dividia o país em três correntes de pensamento com interesses bastante distintos: a direita conservadora, que defendia um regime público de saúde preventiva apenas para os miseráveis e desvalidos; o centro, que propugnava um modelo de assistência preventiva nos moldes da Organização Internacional do Trabalho (OIT), voltado aos trabalhadores assalariados e separado da saúde pública; e as esquerdas, que lutavam por um sistema único de saúde, público, integral e de qualidade (LABRA 2002). O *Sistema Nacional de Salud* (SNS) foi inaugurado nos anos 1950, tendo sido fruto, entre outros fatores, de uma nova onda de intensa mobilização da sociedade civil e dos profissionais da saúde em direção à criação daquele modelo. A criação do SNS pode ser entendida como resultado das demandas de uma comunidade epistêmica bastante atuante, relacionada à doutrina medicina social e oriunda de duas instituições criadas na década anterior: a Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile, criada em 1943, e o Colégio Médico do Chile, criado em 1948. (LABRA 2000; LANZARA sem data apud RACZYNSKI 1994).

Em que pese a significativa presença da classe médica na definição das políticas públicas de saúde durante décadas, com a instauração da ditadura militar, a partir de 1973, o sistema público de saúde sofreu grandes mudanças, todas sob inspiração privatista. Ao Estado foi relegada, progressivamente, a provisão de serviços básicos de saúde voltados apenas aos segmentos mais pauperizados da sociedade chilena, que obviamente não dispunham de renda suficiente para adquiri-los no mercado privado. Entre as muitas reformas destinadas a diminuir o papel do Estado na provisão de serviços de saúde, que ao fim e ao cabo vinha redundando, há décadas, numa política redistributiva, se destacaram: a criação de 27 superintendências regionais de saúde, dotadas de autonomia financeira e operacional, com o conseqüente esvaziamento do Ministério da Saúde, a quem coube, a partir de então, apenas funções normativas; a municipalização dos serviços de atenção básica de saúde; a criação do *Fondo Nacional de Salud* (FNS), financiado com descontos nos provimentos dos trabalhadores assalariados; e a redução radical dos volumes de recursos públicos destinados à saúde.

Trajетórias históricas das políticas de educação

As trajetórias históricas das suas respectivas políticas de *educação* dos países também são bastante distintas. Na Argentina desde o final do século XIX é possível verificar uma predominância do componente de universalização do acesso à escola pública, o que também ocorre no Chile, de forma ainda mais antecipada e mais abrangente em termos dos níveis de ensino. Esse componente em ambos os países é pautado por instâncias estatais centralizadas que vêem na política educacional uma forma de garantir a coesão e a homogeneização da cultura nacional, em contexto de fortalecimento da idéia de Estado Nacional. No Brasil durante o século XIX essa questão não aparece associada às políticas públicas e a própria idéia de Estado Nacional ou projeto nacional se fortalece somente no Governo Vargas, na década de 1930. Historicamente, apesar de certa pressão de grupos e movimentos sociais, políticas de universalização do ensino foram implementadas somente na década de 1990.

A análise da trajetória histórica da *educação básica argentina* permite afirmar que o componente de universalização do acesso à escola pública promovido por instâncias estatais decisórias centralizadas deu lugar historicamente a um sistema educativo misto entre as iniciativas pública e privada, desprovido do caráter universalista, no qual o ator privado empresarial e os organismos financeiros internacionais tiveram um peso importante para a conformação do desenho da política na década de 1990.

A partir do final do século XIX pode-se verificar um processo de democratização do ensino caracterizado pelo universalismo do acesso, no qual a universalização foi promovida para atender ao interesse nacional de homogeneização cultural (KRAWCZYK E VIEIRA 2006: 678) e civilizar as massas por meio de políticas promovidas pelo Estado Nacional (RUIZ, MARZOA, MAURECI, MOLINARI E SCHMIDT 2006: 241). No período de 1900 a 1920 houve um grande aumento da taxa de matrícula em todos os níveis de ensino público, sendo que nos anos 1920 houve a incorporação de quase todos os grupos sociais na educação primária (idem: 245).

Na década de 1930 o debate crítico sobre esse modelo se acirrou e movimentos reformadores na Capital Federal e nas províncias se iniciaram, impulsionados em grande medida por setores conservadores ligados à Igreja Católica, que concebia a escola como um lugar transmissor de ideologias e valores da religião. O crescimento sustentável das taxas de matrícula

la em todos os níveis que se verificou desde o final do século XIX começou a arrefecer nesse período, sendo que até a década de 1940 verificou-se um crescimento irregular do sistema com acelerado crescimento do ensino médio privado (idem: 245).

Em 1995, a taxa de analfabetismo adulto (pessoas acima de 15 anos) atingia a marca de 4% para homens e mulheres, enquanto que no Brasil a taxa alcançou o patamar de 17%, segundo o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1998/99, do Banco Mundial. Apesar do sistema argentino ter apresentado resultados positivos historicamente, especialmente no contexto latino-americano, a década de 1990 foi um período de grandes mudanças, que serão tratadas adiante.

No *Brasil*, no início do século passado formou-se um movimento que seria conhecido na década de 1930 como “Pioneiros da Educação Nova”, constituído de intelectuais e educadores, que reivindicava que a educação no Brasil deveria ser eminentemente pública, gratuita, de qualidade e universal. Ao longo das décadas seguintes esse tema esteve quase sempre em pauta na agenda política. Contudo, o processo decisório em torno do tema não avançou na direção da institucionalização da universalidade do sistema. Desde a década de 1930 a necessidade de direcionamento de recursos para a educação, apesar do apoio político para a vinculação orçamentária constitucional, não se refletia em decisões acerca dos níveis de ensino que deveriam ser priorizados e nem como essa tarefa seria distribuída entre os entes federativos. Além disso, a matéria sobre a perenidade do financiamento teve caráter oscilante, sendo implementada e revogada em diferentes constituições (PINTO 2000).

O período entre 1930 e 1970 foi marcado por muitas mudanças na área, como a criação do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e, em 1962, a criação do Plano Nacional de Educação e do Plano Nacional de Alfabetização, este último baseado no Método Paulo Freire. A ditadura militar, contudo, abortou várias dessas iniciativas, taxadas de subversivas pelos líderes golpistas. Em 1971 foi estabelecida a Lei 4.024, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, cuja principal característica era o foco na formação educacional profissionalizante, condizente com o espírito da época de formar contingentes de pessoas para um parque industrial crescente (PILETTI e PILETTI, 2002). Destaca-se nesse período já certa influência de órgãos de cooperação internacional como o BIRD que, segundo Kruppa (2001), já exerciam influência pontual em políticas de educação no Brasil, com claro direcionamento da educação para o trabalho e como

parte inerente ao processo produtivo. Com a redemocratização na década de 1980, recomeça a discussão sobre a necessidade de um novo Plano Nacional de Educação e uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que pudessem coordenar as políticas nacionais de educação. Em 1986, um primeiro passo dessa reestruturação é dado com a aprovação da Lei Calmon, que fixou recursos obrigatórios para o investimento em educação para as três esferas de governo. Mais tarde, em 1988, a nova Constituição reforça essa determinação ao manter a vinculação constitucional da educação, dividindo responsabilidades para os ensinos fundamental, médio e superior, entre União, estados e municípios, passando os últimos a serem unidades federativas autônomas (CASTRO 2001).

A história da educação pública, de caráter gratuito e universal no *Chile* se inicia entre fins do século XIX e começo do século XX. Até ali as principais iniciativas de criação de escolas couberam, desde a época colonial, a ações eclesiais ou a programas governamentais voltados a educar apenas os segmentos mais afluentes da população. Porém ganhou corpo na sociedade chilena, em meados do século XIX, a concepção de que a *educação pública poderia ser um forte instrumento de coesão social* e preparação de mão-de-obra para uma economia que se urbanizava e industrializava. Tratava-se de encarar a educação pública como instrumento fundamental para um projeto de integração nacional, que contemplava, além da escola básica, também o ensino médio e a universitário.

Em 1920 foi aprovada nova lei, que tornava obrigatória a toda a população a educação fundamental, a qual teve impactos significativos no aumento do número de alunos e na queda dos índices de analfabetismo. À época o Chile já contava com um forte sindicato nacional de professores, a *Asociación General de Profesores de Chile*, que exercia grande influência sobre o debate acerca do modelo nacional de educação pública. A entidade, formada por docentes oriundos da classe média baixa, formulou um amplo projeto de estruturação da educação pública para os níveis fundamental, médio e superior, mas acabou derrotada por outro projeto, elaborado por acadêmicos e técnicos do governo (ZIBAS 2002). A Constituição promulgada em 1925 refletiu a efervescência do debate e declarou a educação como uma atribuição fundamentalmente do poder público. No final daquela década foi criado o Ministério da Educação, incrementando o caráter centralizado do sistema e estabelecendo uma detalhada regulação de seus aspectos pedagógicos e administrativos (NUÑEZ PRIETO 1997).

Entre os anos 1920 e o início dos anos 1970 o sistema público de educação fundamental cresceu e foi influenciado por diversas escolas pedagógicas, focado numa pedagogia ativa e voltada ao aluno. Ao mesmo tempo o ensino médio ganhou crescente caráter profissionalizante, com a remodelação de diversos antigos liceus. (NUÑEZ PRIETO 1997). Ressalte-se ainda que a educação pública no Chile estruturou-se, desde fins do século XIX, numa *ideologia igualitária e de justiça social* que só seria interrompida a partir do governo Pinochet, nos anos 1970, com a adoção de reformas visando a paulatina mercantilização da educação.

O governo Pinochet liderou, na América Latina, o movimento de reformas educacionais de inspiração neoliberal difundidas por instituições multilaterais. A mudança mais radical que foi implantada no antigo sistema educacional chileno, a partir da década de 1980, consistiu na *descentralização administrativa e na privatização da educação pública*. O tradicional modelo de gestão centralizado no governo federal e estruturado sobre a escola pública foi paulatinamente substituído por outro, pautado na municipalização e na responsabilização dos entes locais pela gestão de parte substancial dos serviços de educação. Ao mesmo tempo expandiu-se de forma crescente a transferência de recursos públicos para a rede privada de ensino (ZIBAS 2002).

Aspectos das relações intergovernamentais

Com relação às relações intergovernamentais, a Argentina é o caso latino-americano cujo federalismo é o mais parecido com o modelo norte-americano. As 24 províncias são altamente autônomas, inclusive na criação dos seus próprios municípios. Essa característica torna a Argentina muito distante do caso brasileiro, na medida em que não há diretriz geral nacional para a criação de novas unidades territoriais municipais que possam assumir responsabilidades na execução de políticas descentralizadas, como no caso da municipalização dos serviços de saúde no Brasil (SANTOS & UGÁ 2007: 530). A descentralização administrativa dos serviços sociais na Argentina foi um processo gerado pela decisão unilateral de atores políticos federais e referido ao nível provincial, sendo que na área da saúde deu-se de modo incremental desde os anos 1960, por meio das transferências dos hospitais públicos do nível federal para o provincial (SANTOS & UGÁ 2007; REPETTO & ALONSO 2004). O processo de descentralização do sistema educacional argentino avançou como um capítulo das reformas educacionais. As transferências da oferta de serviços educacionais para as instân-

cias regionais iniciaram-se nos governos ditatoriais (KRAWCZYK E VIEIRA 2006: 682). No início da década de 1990, a responsabilidade do Ministério da Cultura e Educação pela oferta dos níveis de ensino infantil, médio e superior foi transferida totalmente às províncias por meio do Pacto Federal Educativo – PFE, no que tange ao provimento e da quase totalidade do financiamento (idem: 682).

No Brasil a transformação dos municípios em entes federados mudou o cenário federativo a partir da década de 1990. Neste período, enquanto os estados passavam por um processo de crise fiscal, privatização de empresas estatais e renegociação das dívidas, os municípios assumiram cada vez funções administrativas importantes na oferta de serviços sociais no Brasil. O processo de descentralização das políticas sociais correspondeu ao processo de municipalização, o qual exigiu grande esforço coordenativo por parte do Governo Federal para induzir os municípios à adesão ao sistema único. O Ministério da Saúde coordenou por meio de Normas Operacionais Básicas e portarias ministeriais a implementação do SUS nos municípios (BAPTISTA 2007).

Pode-se afirmar que no Brasil a descentralização na saúde é fortemente associada à agenda de luta política do movimento sanitarista e aos mecanismos de coordenação implementados pelo Governo Federal. No Chile, país unitário que sofreu um processo de descentralização administrativa dos serviços sociais, Labra (2001) associa o processo ao “redesenho neoliberal autoritário”, sendo motivado pela estratégia do Governo Pinochet em desmobilizar as organizações sociais ligadas ao movimento da medicina socializante, que elaborava as políticas no governo central. Ademais, a regionalização e a municipalização decretadas unilateralmente durante o governo ditatorial causaram grande descoordenação e fragmentação do sistema, além de cessão de direito dos trabalhadores da saúde e deterioração dos serviços estatais (idem: 369).

INFLUÊNCIA DOS ORGANISMOS FINANCEIROS INTERNACIONAIS NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Na década de 1970 o Brasil, o Chile e a Argentina foram atingidos duramente pelos choques econômicos internacionais e durante vários anos enfrentaram dificuldades de financiamento externo, poupança pública insuficiente, inflação e endividamento externo. A partir da década de 1980 a articulação dos processos políticos e econômicos nos países tornou-se muito distinta. Nos casos brasileiro e argentino o proces-

so de redemocratização na década de 1980 trouxe à arena de decisões políticas uma série de demandas sociais concomitantemente à crise de dívida externa e fiscal. No Chile desde o governo Pinochet já ocorria a implementação das políticas neoliberais e abertura democrática deu-se subsequentemente, a partir da década de 1990 (SMITH 1993; SOLA 1995). A partir desse contexto, as recentes reformas das políticas de saúde e educação no Chile, Brasil e Argentina foram em grande medida influenciadas por restrições fiscais e por modelos de oferta desses serviços, propalados pelas *agências internacionais*, como buscando o aumento de eficiência e eficácia.

Na década de 1970, as agências internacionais difundiram suas idéias por meio da cooperação técnica e do diálogo político com representantes dos diversos países, a chamada “comunidade do desenvolvimento”. Nos anos 1980, no contexto de crise da dívida externa e de propostas de ajuste estrutural, as idéias se disseminaram a partir de mecanismos de indução, especialmente os empréstimos condicionados à adoção de políticas econômicas liberalizantes (MATOS 2001). A comunidade epistêmica de agências internacionais na área de saúde foi formada basicamente por instituições de dois sistemas de organizações internacionais: as Nações Unidas e Bretton Woods (BW) – especificamente o Banco Mundial. Já no final da década de 1980 o Banco Mundial já era um dos maiores provedores de recursos externos para a saúde (idem, 2001).

Os anos 1990 foram marcados pela proeminência do Banco Mundial no debate das políticas de *saúde* atrelada a uma estratégia de se diferenciar da instituição irmã FMI e da adesão ao mote de “combate à pobreza” em substituição da bandeira do desenvolvimento. Em um período de 30 anos (1970-1990) o Banco Mundial passou por importantes mudanças de concepção das idéias sobre políticas de saúde. Inicialmente a instituição pregava a redução da responsabilidade dos governos no financiamento dos serviços de saúde; criticava os governos que viam a saúde como direito e que promoviam o acesso universal a todos os serviços; recomendava reformas descentralizadoras, que superariam o “gigantismo burocrático” das estruturas estatais centralizadas (ALMEIDA 2002). Posteriormente o Banco Mundial moderou o discurso de anti-universalização do serviço, mas valorizou as políticas focalizadas que garantissem o acesso aos pobres e aprofundou a lógica privada na atuação do setor público na área de saúde.

Dos três países, o Chile foi um caso destacado de implementação no início da década de 1950 do mo-

delo inglês³ de sistema de saúde, que foi desmontado na década de 1980, durante o governo Pinochet. No Brasil, em plena onda neoliberal, a reforma sanitária se concretiza nos trabalhos da Assembléia Constituinte de 1987, impulsionada por forças sociais progressistas que reivindicam a implementação do sistema único de saúde. Segundo Labra (2001), o caso brasileiro e chileno adotaram formatos institucionais parecidos, mas tomaram historicamente rumos diametralmente opostos. A Argentina é um país de destaque entre os que adotaram a receita do Banco Mundial de forma mais fiel, segundo Santos e Ugá (2007). Esses autores destacam a Argentina, como um caso de crescimento do setor privado com finalidade de lucros, que se somou às *Obras Sociales*, como será abordado posteriormente.

Na *educação* a influência dos organismos multilaterais também foi bastante marcante nos três países. A agenda política da década de 1990 incluiu mudanças que foram induzidas por organismos internacionais financiadores, apoiadas por institutos de estudos econômicos e políticos privados e setores empresariais (KRAWCZYK 2001, 2002; KRAWCZYK E VIEIRA 2006; LAFIOSCA 2009). Segundo Lafiosca (2009) houve diferenças nas recomendações de reforma entre os organismos institucionais. A CEPAL/UNESCO privilegiou em suas recomendações a capacitação, o ensino à distância e um sistema de remuneração docente baseada em incentivos e bonificação. Já o Banco Mundial recomendava a autonomia escolar, com valorização dos docentes, e a prevalência da iniciativa privada sobre a pública para garantir a oferta eficiente dos serviços educacionais.

A tônica das reformas de educação a partir das recomendações das agências internacionais foi a necessidade de ajustar a realidade do ensino latino-americano às necessidades do mercado de trabalho. Ou seja, a universalização do acesso ao ciclo básico, o fortalecimento de escolas técnicas, em conjunto com a autonomia da gestão escolar, e a competitividade entre as escolas deveriam resultar em um maior número de indivíduos capacitados para o mercado de trabalho, que poderiam cursar o ensino superior desde que tivessem recursos próprios para tal. O ensino superior, a partir dessa perspectiva, não deveria ser incumbência do Estado, mas sim do mercado.

Percebe-se nos três países a adoção em maior ou menor grau desse receituário. O Brasil seguiu a risca a proposta de universalização do ensino fundamental, baseada em avaliações sistemáticas, competição por recursos e uma pretensa autonomia escolar. Apesar de não ter investido fortemente no ensino técnico

e nem ter privatizado sua rede de ensino superior, o lento avanço dos investimentos nesse nível abriu de fato grande espaço para o setor privado se expandir. Na Argentina é possível perceber que o componente de universalização do acesso à escola pública promovido historicamente pelo estado deu lugar, a partir das reformas, a um sistema educativo misto entre as iniciativas pública e privada, desprovido do caráter universalista, no qual o ator privado empresarial e os organismos financeiros internacionais tiveram grande peso.

O Chile, finalmente, é o caso mais paradigmático de reforma educacional, assim como ocorreu na saúde. Um país cujo histórico de universalização e qualidade da escola pública o colocava entre os mais desenvolvidos, no início do século XX, abarcou de forma aprofundada o receituário de “modernização” de seu sistema de ensino, transformando as escolas em unidades autônomas, em grande parte privatizadas, sem orientação do Estado, e engajadas em grande competição por recursos, em um processo no qual se valoriza indicadores de fluxo, como matrículas e evasão, além de notas em exames padronizados, porém, sem haver real medição da qualidade do ensino prestado. É possível deduzir que as reformas educacionais adotadas no Chile sempre tiveram como norte uma visão de que cabe ao Estado o papel regulador, sempre premido pela restrição representada pela questão fiscal.

Dessa forma, em uma ambiente de crise econômica e com grandes restrições fiscais, os movimentos sociais e políticos ocorridos nas décadas de 1980 e 1990 enfrentaram nas arenas decisórias os defensores dos discursos fiscalistas, difundido internacionalmente, sobre a necessidade de cortes e ajustes nos gastos públicos, inclusive nos gastos sociais. A prevalência da posição conservadora nos processos decisórios criou, de modo geral, obstáculos para a institucionalização dos direitos universais para saúde e educação, abrindo espaço para os ajustes financeiros e de endividamento executados por esses países, principalmente em função de suas dívidas externas.

INTERAÇÃO DOS ATORES POLÍTICOS ORGANIZADOS (1980-2000)

Atores políticos organizados nas políticas de saúde

Conforme abordado anteriormente, do ponto de vista da institucionalização de um sistema de *saúde* público, universal e gratuito, o *contexto argentino*

forjou-se historicamente de forma problemática. A remodelação do sistema a partir dos anos 1980 foi fruto da forte crise econômica que se abateu sobre o país à época. A hiperinflação, associada à desaceleração da atividade econômica e ao desemprego enfraqueceram as classes trabalhadoras e suas entidades representativas. Mas o golpe mais duro veio com o governo de Carlos Menem, por conta da introdução das reformas neoliberais, entre as quais, referindo-se especificamente ao setor de saúde, encontra-se o incentivo à competição⁴ entre as *Obras Sociales* controladas pelo corporativismo sindical e as empresas privadas de saúde, e inclusive entre as *Obras Sociales* entre elas mesmas, desobrigando os trabalhadores de uma determinada categoria de acessar os serviços de saúde oferecidos ou contratados por seu próprio sindicato.

As iniciativas do governo Menem para a modernização institucional das *Obras Sociales* foram conduzidas por empresas de consultoria argentinas e estrangeiras financiadas por recursos do Banco Mundial (ESPINEL 1999). O período foi marcado por uma duríssima queda de braços entre governo e empresariado, de um lado, e sindicatos de trabalhadores de outro, com a vitória relativa dos primeiros. As reformas adotadas por Menem tiveram conseqüências, também, sobre o setor de saúde privada, com a maior concentração do segmento e a diversificação dos atores privados presentes no setor da saúde, como no caso do crescimento significativo do número de seguradoras que passaram a atuar naquele segmento.

A profunda reforma institucional ocorrida no setor de saúde durante o governo Menem teve como principais resultados: a) a fixação do papel regulador do Estado, ao mesmo tempo em que as *Obras Sociales* passaram a ter de cumprir requisitos que atendem, por um lado, ao imperativo da ampliação dos serviços de saúde em direção à sua universalização, e a outro à lógica de enquadramento dos sindicatos às diretrizes mais amplas de reforma econômica; b) o fortalecimento e a diversificação do setor privado de saúde, que, dado o aumento da competição no setor, os custos crescentes da prestação dos serviços de saúde e o maior grau de exposição da economia argentina ao exterior, resultaram na progressiva oligopolização do segmento, que passou a contar com mais capacidade de influência junto às autoridades públicas de saúde. Diversos analistas apontam para o fracasso das reformas adotadas no sistema de saúde argentino na década de 1990. De acordo com Giordanno e Colina (2000), apesar do crescimento da regulação e do incentivo à competição entre os vários prestadores de serviços o país adentrou ao século XXI contando

com um sistema caracterizado pela fragmentação e pela heterogeneidade na cobertura dos serviços de saúde para distintos segmentos da população.

No Brasil, por sua vez, cabe destacar a atuação do movimento sanitário desde os anos 1970, ainda no auge do regime autoritário, e sobretudo no período de transição para o regime democrático, na arena pública de debates sobre a saúde no Brasil (MENICUCCI 2007; LIMA 2005). O movimento sanitário brasileiro foi um ator fundamental no processo de elaboração do capítulo sobre seguridade social da nova Constituição do país, na segunda metade da década de 1980, numa luta política que colocava a saúde como direito, ferramenta de combate à desigualdade e focada em questões sociais e coletivas. Naquela oportunidade, a partir das propostas elaboradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os sanitários brasileiros defenderam a unificação, em torno do Ministério da Saúde, das principais estratégias da saúde pública no país e a descentralização da prestação dos serviços de saúde para estados e municípios. Além disso eles militaram pela criação de um sistema universal de saúde, a ser totalmente financiado por recursos públicos. Defenderam, também, que a participação do setor privado no provimento de serviços de saúde se desse por regime de concessão.

Ainda que tenham tido diversos de seus pleitos contemplados no texto final da Carta Magna, que consagrou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os sanitários não foram totalmente bem-sucedidos na medida em que a atuação dos *interesses organizados do setor privado* (como da indústria farmacêutica transnacional) fez constar da nova Constituição a temática da cobertura particular, a quem ficou prevista atuação complementar em todas as ações de saúde. Além disso, os sanitários não conseguiram fazer com que as fontes de financiamento da saúde pública fossem perenes e deixassem de ser, majoritariamente, federais, ainda que a concentração dos recursos em Brasília pudesse contribuir para a eventual redução da desigualdade da prestação dos serviços de saúde nos níveis sub-nacionais.

Após as importantes conquistas obtidas durante o processo constituinte o país deparou-se com a onda de reformas neoliberais, a partir de 1991. Os direitos consagrados na letra da lei foram confrontados com as ações voltadas à redução do gasto público. Menos recursos para a saúde pública implicaram na queda da qualidade do atendimento e na opção, feita por amplos setores de classe média, pelos planos de saúde privada. Ao mesmo tempo as principais decisões sobre as políticas de saúde no Brasil permanecem mui-

to concentradas no âmbito federal, cabendo a estados e municípios aderirem aos preceitos do Ministério da Saúde para poder ter acesso aos repasses de verbas, reiterando o dilema federativo do país.

O período que se estende da promulgação da Constituição até os dias de hoje caracterizou-se pelo avanço do SUS, caracterizado pela quase completa municipalização da oferta dos serviços básicos, pela melhoria de indicadores de saúde e também pelo aumento da cobertura privada de saúde entre diversos segmentos da população. É particularmente contraditória a trajetória recente da saúde no Brasil, ao considerar que, ao lado da criação e da expansão de um sistema pretensamente único de saúde, universal, público e gratuito, houve uma enorme expansão da atuação do setor privado, o qual muitas vezes mantém relações pouco claras com a própria rede pública de saúde⁵. Desta forma, embora aparentemente derrotados no processo constituinte, os interesses privados parecem, ao longo dos últimos vinte anos, terem se reorganizado e, mais do que isso, redefinido suas relações com o Estado. A recente e crescente tendência de terceirização da prestação de serviços de saúde através dos contratos de gestão aponta para o revigoramento do setor privado e das novas modalidades de interação que tem estabelecido com o Estado na gestão e na provisão de serviços de saúde à população, naquilo que Menicucci (2007) aponta como uma *dupla identidade do sistema de saúde brasileiro, dividido entre uma face pública e universal*, voltada às camadas pobres e excluídas da sociedade, e uma face privada e mercadológica, dirigida aos segmentos de maior faixa de renda, a qual é, parcialmente, financiada com recursos públicos.

No Chile, por sua vez, entre 1979 e 1981 ocorreu uma importante reforma do sistema de saúde, com a criação de um modelo coordenado de saúde privada, de aderência voluntária e sustentado por subsídios cruzados com o governo. Descentralizou-se radicalmente a provisão dos serviços e foram criados mecanismos de incentivo à competição entre os agentes privados para que aumentassem suas carteiras de clientes, a partir da criação do Sistema Nacional de Serviços de Saúde, que surgia em substituição ao antigo e, àquela altura, já bastante descaracterizado, SNS. O encolhimento da presença do Estado no fornecimento dos serviços de saúde teve como contrapartida a expansão dos seguros de saúde oferecidos à população por empresas privadas. Em meados da década de 1980 o governo passou a captar as contribuições da maioria da população e repassá-las aos fornecedores privados de serviços de saúde, por meio do *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), criado para

estruturar o financiamento do sistema. Em 1981 havia sido criado o *Instituto de Salud Previsional* (ISAPRE), responsável pelos planos de saúde das classes de rendas mais altas, usando para isso a contribuição de 7% dos ganhos salariais, mais 2% para financiar planos de saúde de trabalhadores de baixa renda. A criação do ISAPRE⁶ teve sérias conseqüências sobre o financiamento público da saúde, pois parcela significativa dos recursos destinados ao setor passaram a ser represados pelo instituto, que tinha um limitado alcance em termos da rede atendida.

É importante ressaltar que à antiga história de mobilizações da classe médica e dos movimentos populares, que marcaram a trajetória da saúde pública chilena durante mais de oito décadas sucedeu-se, sob o regime de exceção inaugurado em 1973, uma *polarização entre a provisão de serviços públicos de saúde, financiados com parcela minoritária dos recursos destinados à saúde pela sociedade chilena, e a provisão de serviços privados, que canalizavam para si a maioria daqueles recursos e atendiam, no final da década de 1980, a uma parcela minoritária da população, notadamente os segmentos de mais alta renda*. Ressalte-se que, apesar da ausência das liberdades democráticas, houve segmentos da classe médica chilena que denunciaram o caráter regressivo das reformas pinochetistas e as conseqüências desestruturadoras que elas trouxeram para o sistema de saúde do país, em prejuízo, sobretudo, dos segmentos mais pobres da população.

Com o retorno do regime democrático, apesar da sombra de Pinochet, os governos da *Concertación*, pressionados pelos movimentos sanitaristas, passaram a implementar políticas destinadas a reverter os efeitos das reformas privatizantes adotadas pelo governo militar: o aumento dos recursos públicos para o financiamento dos serviços públicos de saúde (e a conseqüente diminuição relativa dos recursos destinados ao setor privado), e a criação de regras voltadas à regulação das atividades do sistema privado (LANZARA, sem data).

Ainda em 1991, sob o governo de Patrício Aylwin (1990-1994), criou-se uma superintendência federal para fiscalizar as relações entre os provedores privados de serviços de saúde e seus clientes (AZEVEDO 1998). No governo de Ricardo Lagos (2000-2006) avançou-se tanto na regulação do sistema privado quanto na criação de fundo público destinado à provisão de serviços de saúde aos segmentos mais pobres da população. Dessa forma, pode-se dizer que não foi possível desmobilizar totalmente as articulações dos segmentos voltados à construção de um modelo

universal, público e gratuito de saúde no Chile durante o período autoritário militar e mesmo durante os recentes governos da *Concertación* e do paulatino crescimento da oposição de direita, de orientação conservadora e privatista.

Atores políticos organizados nas políticas de educação

As reformas educacionais implantadas na Argentina desde os anos 1980 tiveram no Estado e em organizações não-governamentais como fundações empresariais e think tanks importantes atores. A interlocução entre as partes foi incentivada pelos governantes, e pontos de vista empresariais sobre políticas de educação ganharam relevo crescente no período. Temas como reformas curriculares, sistemas de avaliação de desempenho das escolas e gestão das diversas modalidades de ensino tornaram-se temas recorrentes da agenda da iniciativa privada, tanto de grupos empresariais ligados à educação quanto de fundações financiadas por eles. Entidades como o *Instituto para el Desarrollo Empresarial de la Argentina* (IDEA), a *Asociación Cristiana de Dirigentes de Empresa* (ACDE) e o *Consejo de Empresario Argentino* (CEA) são alguns exemplos neste sentido. Estas e muitas outras entidades passaram a intervir no debate mais amplo das políticas sociais no período, e na política educacional em particular. Inovações como elaborações de diagnósticos, premiações e propostas de intervenção nas políticas cresceram no país no período analisado.

Um ator político importante para o desenho da política educacional definida na Lei Federal da Educação nº 24.195, de 1993, foi a *Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas* (FIEL) (LAFIOSCA 2009). A FIEL é atua como think tank nos debates sobre políticas educacionais na Argentina e representa e defende ideologicamente os interesses de grupos econômicos nacionais e estrangeiros diversificados setorialmente (agropecuária, comercial, industrial e financeira). As propostas da FIEL confluíram e avançaram com relação às recomendações dos organismos internacionais no que tange à criação de sistema de incentivos e de avaliação das escolas e propunha ainda a busca de eficiência externa e interna na formação dos docentes, salários definidos pela produtividade e sistema de capacitação para melhorar a produtividade dos docentes. (idem: 7).

Vários artigos da Lei Federal da Educação nº 24.195, de 1993, refletem a influência dos organismos internacionais e da FIEL no processo decisório de formulação da reforma educacional na Argentina,

com o estabelecimento de sistemas de incentivos para discentes e docentes e competição entre instituições escolares. Em linhas gerais, a lei incorporou e reforçou a idéia de mercado educacional que marca os relatórios dos *think tanks* citados acima. Afirma em seus artigos uma concepção meritocrática de educação, de segmentação social e reforça o tratamento dos discentes como consumidores das instituições de ensino. Entretanto, é ambígua no que tange ao papel do Estado Nacional, que é definido como principal prestador de serviços educacionais, mas também compartilhando esse papel com outras instâncias, com a Igreja Católica, organizações sociais, os municípios e as províncias. O *Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento* (CIPPEC), outra organização empresarial, exerceu, por sua vez, forte influência no desenho da Lei 26075, de 2005, relativa ao financiamento da educação, assim como o Grupo Sophia, outra entidade empresarial, tornou-se muito forte no campo da prestação de assessoria a governos por meio da elaboração de diagnósticos e recomendações relativas às políticas educacionais (Luz, s/d)

Segundo Krawczyk e Vieira (2006), na reforma educacional argentina foi abandonado o caráter universalista do papel do Estado no provimento da educação pública e valorizou-se o caráter compensatório das políticas nacionais (KRAWCZYK e VIEIRA 2006: 688). O Plano Social da Educação (PSE) foi a única política nacional dirigida diretamente às escolas de todo o país que tinham os maiores índices de população pobre na década de 1990. As práticas que consolidam o PSE nas escolas acabam produzindo comportamentos discriminatórios da pobreza, no lugar da função integradora que sustentava a lógica universalista anteriormente vigente (idem: 679).

As autoras enfatizam que o investimento em políticas focalizadas na área educacional, sob a égide do comportamento regulador do governo nacional, fazia parte de um quadro estratégico de diminuição dos gastos públicos e, de outro, à necessidade de gerar estratégias de contenção social dado que a população, afetada pelo ajuste estrutural, manifestava seu descontentamento e exigia do governo nacional premissa na resolução de problemas decorrentes de sua rápida depauperação (idem: 679).

Ressalte-se que os bons indicadores sociais na área da educação que se verificaram historicamente no país não fundamentam objetivamente as mudanças ocorridas na década de 1990, o que permite que se reflita sobre a hipótese da convergência entre a crise fiscal e a mudança ideológica como elementos

propulsores da reforma educacional no contexto de disputa política entre atores políticos e sociais na Argentina.

No *Chile* a progressiva municipalização do ensino e a transferência da gestão das escolas para elas próprias engendraram duas outras dinâmicas bastante importantes. A primeira diz respeito ao empoderamento de vários atores locais envolvidos nos processos decisórios de alocação dos recursos repassados pelo Estado. A segunda à competição instituída entre as escolas pela busca de mais recursos através da elaboração de projetos em parceria com empresas privadas, entes governamentais locais e organizações da sociedade civil. Mantiveram-se sob controle do governo federal as funções normativas mais gerais e as de avaliação do sistema, mas a rotina da alocação de recursos financeiros e materiais transferidos a cada unidade escolar tornou-se mais complexa à medida que mais atores e interesses passaram a participar dela. Ao mesmo tempo as escolas passaram a receber verbas federais para contratar consultorias técnicas à sua livre escolha, a partir de indicação do Ministério da Educação.

A reforma, tradicionalmente vertical, curricular e normativa, foi substituída, no decorrer das duas últimas décadas, por consultas aos atores envolvidos no sistema educacional (pais, professores, líderes comunitários, educadores etc.), discutindo-se inclusive modificações no método pedagógico e no conteúdo dos currículos. Acrescentou-se a isto os Projetos de Melhoria Educativa, com o objetivo de estimular a criatividade e a iniciativa das escolas para superar seus problemas específicos. Também neste aspecto foi introduzida a lógica das instituições multilaterais, dado que escolas similares entre si passaram a competir por recursos suplementares destinados pelo Ministério da Educação. Envolvido em exaustivas jornadas de trabalho e na relação com novos setores empoderados para discutir a gestão escolar, o professorado tem demonstrado pouca disponibilidade de se dedicar à elaboração dos projetos, abrindo a oportunidade para que assessorias privadas vendam projetos para as escolas.

Apesar de ser apontada por organismos internacionais como modelo a ser seguido pela América Latina, a reforma da educação pública no Chile, estruturada no binômio municipalização/privatização não evitou que se agravasse a disparidade social existente entre os alunos, ainda que tenham ocorrido avanços em termos técnico-pedagógicos e de autonomia da gestão. O caso chileno representa, assim, uma experiência radical de descentralização orientada para o

mercado, a partir de uma concepção neoliberal de educação pública, pela qual descompromete-se o Estado de uma de suas tarefas clássicas, que é a provisão de serviços educacionais, e confunde-se sociedade civil com mercado. Em sentido mais amplo, deduz-se que as reformas educacionais adotadas no Chile nos anos 1980 e 1990, em linhas gerais mantidas durante a década de 2000, sempre tiveram como pano de fundo uma visão de que cabe ao Estado atuar quase que exclusivamente no aspecto regulador, sempre premido pela restrição representada pela questão fiscal.

O caso do *Brasil*, entre os anos 1980 e 2000, nos mostra dois processos aparentemente contraditórios: o Estado expandiu significativamente sua rede escolar, alcançando-se a universalização da educação fundamental em meados da década de 1990, ao mesmo tempo em que grupos privados aumentaram fortemente sua participação na oferta global de serviços educacionais. No caso da participação privada o aumento se deu não apenas na educação fundamental, mas também no ensino médio e de forma particularmente destacada no ensino superior. Grandes grupos empresariais, oriundos do setor educacional ou não, ganharam relevo na educação brasileira ao longo do período, formando uma rede de provedores privados que se constituiu de escolas a empresas de consultoria, editoras de livros didáticos e até mesmo empresas do segmento de tecnologia da informação. Destaca-se ainda a forte presença de atores privados nos conselhos federal e estaduais de educação, ajudando a pautar, de forma direta, diferentemente do que se vê, por exemplo, no caso argentino, as políticas públicas para a área.

Entre os três países analisados talvez o Brasil seja o exemplo onde a trajetória dos sistemas de saúde e educação sejam mais semelhantes, pois em que pese uma legislação avançada prevendo a universalização da provisão da oferta pública, ai previstos inclusive os recursos financeiros necessários para tanto, entre os anos 1980 e 2000 se observa um intenso crescimento, em paralelo, da oferta privada de serviços. E assim como no sistema de saúde, na educação os níveis mais básicos da oferta pública destinam-se aos segmentos mais pobres da população, ao passo que os níveis mais elevados (no caso, a universidade pública) são apropriados, em grande medida, pelos segmentos mais afluentes da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que medida as casos argentino e brasileiro se aproximam e se distanciam do caso chileno, na análise comparativa das políticas sociais de saúde e

educação? Propomos o mapeamento dessa questão a partir das três variáveis explicativas enunciadas na introdução:

No que tange ao aspecto da descentralização política e administrativa, os casos chileno e argentino apresentam pontos de contato e se distanciam do

Quadro 1: Trajetória histórica – século XX (até 1970-80)

| | Saúde | Educação |
|-----------|--|--|
| Argentina | Regulação estatal do acesso aos serviços públicos pela lógica da inserção profissional | Sistema público universal – “homogeneização da massas” |
| Brasil | Regulação estatal do acesso aos serviços públicos pela lógica da inserção profissional | Sistema público excludente e carente de recursos |
| Chile | Implementação de um sistema público democrático e universalizante | Sistema público universal – “Igualitarismo e justiça social” |

Fonte: elaboração dos autores

No quadro acima destaca-se o caso chileno como caso de construção histórica bem-sucedida de sistemas públicos de políticas sociais, que explicam em grande medida os bons indicadores sociais até os dias de hoje, especialmente calculados em valores agregados nacionais. Na área da saúde, o caso brasileiro e argentino fazem o contraponto com o caso chileno, na medida em que o sistema de oferta de serviços de saúde “surge a partir de decisões autárquicas e com caráter predominantemente político: regular aspectos relativos à organização dos trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia e da burocracia” (MEDEIROS 2001). Na área da educação, o caso brasileiro faz o contraponto com os casos argentino e chileno que, conforme discutido, caracterizam-se pela criação já no início do século passado de sistemas públicos universais, vinculados com o projeto nacional de homogeneização cultural das massas (Argentina) ou com o projeto de igualitarismo e justiça social (Chile).

caso brasileiro em ambas as políticas. Os processos de descentralização das políticas sociais na Argentina e no Chile ocorreram dentro da lógica das reformas neoliberais, como instrumento de eficiência da gestão dos sistemas. No Chile, é muito claro também o componente de desmobilização dos atores políticos organizados em torno da educação e da saúde pública e universal promovida pelo governo central: descentralizar, nesse caso, significou enfraquecer os opositores do regime autoritário de Augusto Pinochet. No Brasil, de forma geral, a descentralização assumiu diferentes significados, dependendo da correlação de forças políticas que se formou nos contextos estaduais e municipais, ora como capítulo da reforma gerencialista, ora como plataforma de reivindicação por mais participação dos movimentos populares no período da redemocratização (FARAH 2006). Refere-se ao federalismo brasileiro como complexo por se caracterizar por movimentos concomitantes de recentralização e descentralização política e administrativa

Quadro 2: Relações intergovernamentais (desde 1970)

| | Saúde | Educação |
|---------------------|--|--|
| Argentina | Federalismo centralizado e descentralização descoordenada e instrumento de eficiência política | Federalismo centralizado e descentralização descoordenada e instrumento de eficiência política |
| Brasil ⁷ | Federalismo complexo e descentralização (municipalização) coordenada pelo Governo Federal. | Federalismo complexo e descentralização (municipalização) coordenada pelo Governo Federal. |
| Chile | Sistema unitário; descentralização desmobilizadora dos grupos organizados de oposição ao regime autoritário e desfragmentadora do sistema. | Sistema unitário; descentralização desmobilizadora dos grupos organizados de oposição ao regime autoritário e desfragmentadora do sistema. |

Fonte: elaboração dos autores

nos últimos anos (ALMEIDA 2005; AFONSO 2007). ocorrem tanto aqueles que sempre dependeram do

Quadro 3: Atores organizados nas mudanças recentes (desde 1980)

| | Saúde | Educação |
|-----------|---|---|
| Argentina | Empresas de consultoria argentinas e estrangeiras financiadas por recursos do Banco Mundial, governo e sindicatos de <u>trabalhadores</u> | Organizações não-governamentais como fundações empresariais e <i>think tanks</i> , grupos empresariais ligados à educação quanto de fundações financiadas por eles. |
| Brasil | Movimento Sanitarista, setor empresarial privado, prefeitos, governadores e governo <u>federal</u> | Grupos empresariais ligados à educação, sindicatos de trabalhadores; governo federal, prefeitos e governadores |
| Chile | Governo, empresas privadas de saúde, e permanência do embate entre os representantes das três tradicionais correntes ideológicas da saúde chilena | Governo central, governos locais, grupos empresariais privados, empresas de consultoria, sindicatos de trabalhadores, pais de <u>alunos</u> |

Fonte: elaboração dos autores

No quadro acima, relativo à dinâmica dos atores e interesses organizados nos três países, destaca-se, para a área da saúde, a presença crescente de empresas privadas na oferta de serviços. É importante notar que, a despeito das tentativas de expansão ou universalização da cobertura por parte do Estado, a participação dos agentes privados não apenas aumentou, nos três casos, como refletiu-se em sua atuação política, da qual as iniciativas frustradas ou incompletas de regulação são uma das mais fortes evidências. Em relação à área de educação, observa-se também, no período analisado, peso cada vez maior de agentes privados na oferta de serviços, com destaque, nos três casos, mas sobretudo na Argentina, para a atuação de fundações e *think tanks* voltados a aumentar a participação da iniciativa privada na própria definição das políticas para a área. Já no caso chileno, talvez por conta da extrema municipalização da execução das políticas de educação, se faz bastante presente a participação das comunidades locais, como lideranças das escolas e pais de alunos, o que talvez não encontre paralelo nos casos argentino e brasileiro. Também nos três casos observa-se presença muito marcante do Banco Mundial como ator decisivo no redesenho de diversas políticas educacionais, nos três níveis de ensino, e em estreita ligação com governos locais.

A análise dos resultados das reformas nos sistemas públicos de saúde e educação nos três países aponta para a coexistência dos modelos público e privado, com a responsabilização do poder público, pelos custos mais elevados em ambos os setores. A ausência de marcos regulatórios mais claros no caso da saúde ocasiona o superdimensionamento da demanda por serviços de saúde de alta complexidade, aos quais

serviço público quanto os que sempre pagaram por serviços privados de saúde. E isto é comum aos três países. Já no caso da educação o que se observa é uma intensificação da participação de agentes privados na oferta dos serviços e também da competição entre eles por alunos que possam pagar, ao passo que aos mais pobres fica reservada a oferta pública de educação, em geral mal estruturada e com fortes disparidades regionais em termos de qualidade. A reversão histórica das políticas é digna de nota a partir da análise dos quadros. No caso chileno, refere-se ao fato de que trajetórias históricas de implementação de sistemas universais foram “interrompidas” por reformas liberalizantes que desmobilizaram atores e desmontaram e fragmentaram estruturas de oferta de serviços públicos. No caso brasileiro, por sua vez, no mesmo período em que o Governo Pinochet implementou as referidas reformas, acentuou-se os processos de luta política pela implementação de sistemas universais e gratuitos, que culminou com a constitucionalização dos direitos sociais em 1988.

A despeito de aspectos de aproximação e de distanciamento destacados, a análise comparativa das políticas sociais dos três países deve partir de um certo consenso entre analistas de organizações multilaterais: o caso chileno é parâmetro analítico por ser o paradigma do modelo neoliberal na América Latina e por apresentar ótimos indicadores sociais há vários anos. Criou-se o “mito do desenvolvimento chileno” entre os analistas econômicos e políticos. O IDH, índice de desenvolvimento humano criado nos anos 1990 pelo PNUD, dos países, entre 1980 e 2007, registra nível de desenvolvimento alto e em crescimento no período destacado. Em 2013, segundo o Relatório

do Desenvolvimento Humano 2014⁸, entre 187 países, o Brasil subiu uma posição no ranking (foi para a posição 79o), o Chile também (41o) e a Argentina permaneceu na mesma posição (49o).

A boa colocação do Chile no ranking do IDH, como o país latino-americano com melhor desenvolvimento humano, contribui para a manutenção do mito em torno do caso chileno, que não se sustenta a partir de uma análise mais crítica e aprofundada do IDH. Em primeiro lugar, o indicador reifica a medida em detrimento do conceito de desenvolvimento. O indicador, medida operacional de um conceito, acaba por deslocar e ocupar o lugar do conceito (o todo complexo é substituído pelas três dimensões contempladas no IDH) (GUIMARÃES E JANNUZZI 2004). Em segundo lugar, escamoteia dimensões que são fundamentais para a reflexão de uma agenda de desenvolvimento na atualidade, como a questão da desigualdade e das disparidades sociais e econômicas inter e intra-nacionais. O IDH reflete uma concepção de desenvolvimento na qual o crescimento material de um país representado na renda per capita deve vir necessariamente acompanhado de um aumento na esperança de vida de seus habitantes e uma expansão das condições de educação. Dessa forma, estabelece padrões mínimos universais de qualidade de vida válidos para todos os países e culturas, desrespeitando as particularidades regionais e desconsiderando a relatividade de hábitos de consumo e satisfação. Ademais, o IDH é baseado em grandes médias nacionais que ocultam as disparidades existentes no interior de cada país. Mascara também situações extremas associadas à desigualdade de bem-estar entre indivíduos. (GUIMARÃES E JANNUZZI 2004).

O mito do paradigma de desenvolvimento chileno se desfaz quando se observam os indicadores de desigualdade de renda. O Chile apresenta indicadores muito próximos aos brasileiros, país amplamente conhecido por encabeçar os rankings dos países de pior desigualdade de renda. Uma informação muito pouco divulgada nos meios acadêmicos e midiáticos é que o “Chile figura entre os três ou quatro países mais injustos do mundo em termos da distância que separa ricos de pobres. No final do governo Ricardo Lagos, 5% da população mais rica tinha 209 vezes mais renda que os 5% dos mais pobres. Enquanto a renda deste último setor subia 1%, a dos 5% de cima subia 62%. Essa relação se deteriorou ainda mais no governo da presidenta Michelle Bachelet”⁹.

À guisa de conclusão, podemos nos questionar sobre a manutenção de altos índices de desenvolvimento social para os casos de Argentina e Chile no

período abordado, em que pese a adoção de reformas que, em outros países, redundaram na piora dos indicadores de saúde e educação, entre outras políticas públicas. Como já foi aventado, a evolução do IDH de cada um dos dois países precisa ser esmiuçada para que se tenha uma análise mais apurada a partir dos recortes de classe social e regional. No entanto, permanece como um ponto para reflexão compreender como tais países lograram manter altos índices a partir de 1980. Teria sido tal manutenção fruto das antigas estruturas de políticas sociais que ambas as nações carregavam havia décadas, as quais não teriam sido seriamente comprometidas nem mesmo pelo receituário neoliberal ou, ao contrário, teria sido exatamente o conjunto de ideias produzido e difundido desde as instituições multilaterais que teria sido responsável pela manutenção daqueles indicadores em níveis elevados, em que pese os constrangimentos de natureza orçamentária e as redefinições relativas às relações entre os entes governamentais que ambos os países atravessaram? São questões a serem aprofundadas em futuros trabalhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACEVEDO G., Carlos P. “Presente y pasado en la historia de la Educación en Chile: 1850-1950”. *Foro Internacional*, 10, 2006 – pág. 133-148

AFONSO, José Roberto R. Descentralização fiscal, políticas sociais, e transferência de renda no Brasil. CEPAL - *Serie Gestión pública*, nº 63. Santiago, Fev. 2007.

ALMEIDA, Célia. Equidade e reforma setorial na América Latina: debate necessário. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 23-26, 2002.

ALMEIDA, Célia. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (4): 905-925, julho-agosto de 2002.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. (2005) Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, Vol. 24, pp. 29-40, Junho de 2005.

ALTMANN, Helena. Influências do Banco Mundial no projeto educacional brasileiro. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.28, n.1, p. 77-89, jan./jun. 2002. ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociedade*, Setembro de 2002, vol.23, no.80, p.25-48.

ARRETCHE, Marta. (2004) Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *Revista São Paulo em Perspectiva*, Junho de 2004, vol.18, nº 2, p.17-26.

AZEVEDO, Antonio Carlos. La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. *Rev. Saúde Pública*, vol. 32 no. 2 São Paulo Apr. 1998.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (3): 615-626, Março de 2007.

BARRIENTOS, A. e SHERLOCK, P.L. Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and Planning*: 15(4): 417-423, Oxford University Press, 2000.

BELMARTINO, Susana. 1988 et al. 'Corporación médica y poder en salud. Argentina, 1920-45'. Centro de Estudios Sanitarios y Societias. *Organization Panamericana de la Salud (OPS)*, Rosário.

BORSANI, Hugo e AMORIM N., Octavio. Os determinantes políticos do comportamento fiscal na América Latina. PNUD-IPEA, Abr., 2003.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Financiamento para o Subdesenvolvimento: *O Brasil e o Segundo Consenso de Washington*. BNDES (2002).

BUSS, Paulo Marchiori e LABRA, Maria Eliana (org). Sistemas de saúde, continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. São Paulo; Editora Hucitec; 1995.

CARVALHO, Carlos Eduardo. *O Papel Decisivo das Finanças Públicas diante da Instabilidade Econômica Recorrente na América Latina*. NMC/PUCSP: Textos para Discussão 03/2002.

CASTRO, Jorge Abrahão de. Financiamento da educação no Brasil. *Em Aberto* - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília, v. 18, n. 74, p. 11-32, dez. 2001.

CASTRO, Jorge Abrahão de; BARRETO, Angela Rabelo e CORBUCCI, Paulo Roberto. A reestruturação das políticas federais para o ensino fundamental: descentralização e novos mecanismos de gestão. *Texto para Discussão* nº 745. IPEA, Rio de Janeiro, jul. 2000, 31p.

COUTINHO, Marcelo. Movimentos de Mudança Política na América do Sul Contemporânea. *Revista de Sociologia e Política* nº 27: 107-123 NOV. 2006

DALL'ACQUA, Fernando M. e GUARDIA, Eduardo R. *Análise do Sistema Orçamentário no Brasil*. São Paulo, FGV-SP, 1995. (Pesquisa apresentada ao Núcleo de Pesquisa e Projetos da EAESP -FGV).

DI PIERO, Maria Clara; CHILANTE, Edinéia Fátima N. e GIL, Juca. Políticas de alfabetização e educação de jovens e adultos na Argentina, Brasil e Chile: um exercício de análise e comparação. São Paulo, Brasil - Dezembro de 2008. www.saece.org.ar/docs/congreso3/Dipierro.doc

DIAZ, Sebastián Donoso. "Financiamiento y Gestión de la Educación Pública Chilena de los Años 90". *Cadernos de Pesquisa*, vol. 36, num. 127, São Paulo, Jan / Abr 2006.

DRAIBE, Sonia. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 11: 3-21, 1997.

EICHENGREEN, Barry Jr. (2000). A globalização do capital: uma história do sistema monetário internacional. São Paulo: Editora 34.

ESPINEL, Eduardo. 1999. 'Transformaciones del sector salud en la Argentina: estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997'. *Organization Panamericana de la Salud (OPS)*, Rosário, nº. 47.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Inovação e governo local no Brasil Contemporâneo. In: Jacobi e Pinho (2006). Inovação no campo da gestão pública local - Novos desafios, novos patamares. Rio de Janeiro: Editora FGV.

FERRER, Aldo. A Argentina e a globalização. *Estudos Avançados*. Vol.16 no.44. São Paulo Jan./Apr. 2002

FFRENCH-DAVIS, Ricardo. *Entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad: tres décadas de política económica en Chile*. 1ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2004.

FILMUS, Daniel. LA Descentralización Educativa en Argentina: Elementos para El Analisis de un Proceso Abierto. *Coloquio Regional sobre Des-*

centralización de la Educación en América Central, Cuba y República Dominicana (1997 Nov. 3-5: San José).-CLAD; Países Bajos. Gobierno Nacional; Costa Rica. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica; Costa Rica. Ministerio de Educación Pública.

FONSECA, Francisco e LEITE, Cristiane Kerches da Silva (2009). Políticas Sociais como Política de Estado. *Le Monde Diplomatique Brasil*. Ano 3, no. 28, Novembro de 2009.

GIAMBIAGI E ALÉM. *Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil*. Editora Campus-Elsevier, 2008.

GIORDANO, O. & Colina, J. 2000. Las Reformas al Sistema de Salud ¿El Camino Hacia un Sistema Universal, Equitativo y Eficiente? *Serie Documentos 15*. Buenos Aires: Fundación Novum Millenium

GONZALEZ, Pablo. Financiamento, incentivo y reforma educacional. In: Gracia-Huidobro, J.E. (editor). *La Reforma Educacional Chilena*. Madri, Editorial Popular, 1999

GUIMARÃES, J. R. S. e JANNUZZI, P. M. (2004). Indicadores sintéticos no processo de formulação e avaliação de políticas públicas: limites e legitimidades. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP), realizado em Caxambu - MG, Setembro de 2004.

HALL, Peter A. Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. *University of New York, Comparative Politics*, v. 25, n. 3, April 1993.

HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary C.R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, n. 58, 2003, pp. 193-224.

HOBNSAWM, Eric (1994). Era dos Extremos - O breve século XX (1914-1991). São Paulo: Companhia das Letras.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, Anpocs, n. 30, 1996.

KRAWCZYK, Nora Rut e VIEIRA, Vera Lúcia. (2006) Homogeneidade e Heterogeneidade nos sistemas educacionais: Argentina, Brasil, Chile e México. *Cadernos de Pesquisa*, v. 36, n. 129, set./dez. 2006

_____. "A reforma educacional no México e no Chile: apontamentos sobre as rupturas e continuidades". *Educar em Revista*. Curitiba, num. 22, 2003

KRAWCZYK, Nora Rut. Políticas de Regulação e Mercantilização da Educação: Socialização para uma nova Cidadania? *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 26, n. 92, p. 799-819, Especial - Out. 2005.

_____. "A sustentabilidade da reforma educacional em questão: a posição dos organismos internacionais". *Revista Brasileira de Educação*. Belo Horizonte, num. 19, Jan / Abr 2001.

_____. A sustentabilidade da reforma educacional em questão. *Revista Brasileira de Educação*. Jan/Fev/Mar/Abr 2002 Nº 19.

KRUPPA, S. M. P. O Banco Mundial e as políticas públicas de educação nos anos 90. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 24., 2001, Caxambu, MG; GT Estado e Política Educacional no Brasil, 2001, Caxambu, MG. Anais... Rio de Janeiro, RJ: ANPED, 2001. 1 CD-ROM.

LABRA, Maria Eliana. La reinvenición neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. -*Cadernos de Saúde Pública*, v.18 n.4 Rio de Janeiro, jul./ago. 2000

_____. Padrões de formulação de políticas de saúde no Chile no século XX. *Dados*, 2000, vol.43, no.1.

_____. *Política e medicina social no Chile: narrativas sobre uma relação difícil*. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol.7 nº.1 Rio de Janeiro Mar./June 2000

_____. Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 361-376, 2001.

LAFIOSCA, María Luz (2009). La Propuesta Educativa de Fiel para el Siglo XXI: Exclusión, Desigualdad y Fragmentación. *Papeles de Trabajo Nº18* -Diciembre 2009 - ISSN 1852-4508. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural.

LANZARA, Arnaldo. 'Regimes de Welfare e as trajetórias das políticas de saúde no Brasil e no Chile.' Rio de Janeiro: NEIC / IUPERJ, sem data. Disponível em: <http://neic.iuperj.br/textos2/ARNALDO%20>

Provazi.pdf – Acessado em 15/09/2009.

LIMA, N. T. et al. (org.) (2005) Saúde e democracia: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

MARTINIC, Sergio. Conflitos Sociais e Interações Comunicativas nas Reformas Sociais da América Latina. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, npo. 2ve9m-4b8r, on/o2v0e0m1bro/ 2001.

MATTOS, Rubens de Araújo. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 377-389, 2001.

MEDEIROS, Marcelo (2001) A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais nos anos 1930 aos anos 1990. Rio de Janeiro, IPEA, Texto para discussão nº 852.

MEDICI, André. Financiamento Público e privado em saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa. BID: Nota técnica de saúde, nº. 3/2005.

MELCHIOR, José Carlos de Araújo. *Mudanças do Financiamento da Educação no Brasil*. Autores Associados, Campinas, 1997. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, v. 57).

MENDES, A., MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os ventos da financeirização. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3):841-850, 2009.

MENICUCCI, Telma. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINISTÉRIO da Educação (MEC). FUNDEF – Relatório sintético 1998 – 2002. Brasília. 2003.

OLIVEIRA, Ramon. Os Limites do FUNDEF no Financiamento do Ensino Médio. *Currículo Sem Fronteiras*, v.8, n. 2, pp78-96/Jul/Dez, 2008.

PAREDES, Ricardo; PINTO, Juan Ignacio. “El fin de la educación pública en Chile?”. *Revista Estudios de Economía*, vol. 36, num. 1, junio 2009, pág. 47-66

PERES, Ursula Dias. *Arranjo Institucional do Financiamento do Ensino Fundamental no Brasil: Considerações sobre os municípios brasileiros e estudo de caso do município de São Paulo no período de 1997 a 2006*. Tese de Doutorado, Fundação Getúlio Var-

gas, Escola de Economia de Empresas – EESP/FGV (2007).

PILETTI, N & PILETTI, C. *História da Educação*. 7 ed. São Paulo, Editora Ática, 2002.

PINTO, José M. R. *Os recursos para a educação no Brasil no contexto das finanças públicas*. Brasília : Ed. Plano, 2000. 181 p.

REZENDE, Fernando. *Finanças Públicas*. São Paulo: Editora Atlas, 2001

RODRIGUEZ, Vicente. Financiamento da educação e políticas públicas: o Fundef e a política de descentralização. *Cadernos CEDES*, Campinas, v. 21, n. 55, 2001.

ROJAS ARAVENA, Francisco. Chile: mudança política e inserção internacional, 1964-1997. *Rev. bras. polít. int.* [online]. 1997, vol.40, n.2, pp. 49-75.

ROJAS Figueroa, A. “Da resignação ao consentimento. Privatização da educação básica e média no Chile”. *Cadernos de Pesquisa*, num. 100, março 1997, pág. 49-56

ROSAR, Maria de Fátima e KRAWCZYK, Nora Rut. Diferenças da Homogeneidade: Elementos para o Estudo da Política Educacional em alguns países da América Latina. *Educação & Sociedade*, ano XXII, no 75, Agosto/2001

ROVERE, Mario. La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un sistema Injusto. *Revista Electrónica La Esquina del Sur*. Mayo 2004.

RUIZ, Guillermo; MARZOA, Karina; MAUCERI, María Laura; MOLINARI, Andrea; SCHMIDT, Marcelo (2006). La Estructura Académica Del Sistema Educativo analizada a partir de los contenidos de la enseñanza: la educación básica durante las primeras décadas del siglo XX. Facultad de Psicología – UBA/ Secretaria de Investigaciones, Anuario de Investigaciones, Vol. XIV / AÑO 2006, pág. 237 a 250.

SANTOS, Angela M. S. P. e UGÁ, M. A. D. Reformas do Estado, descentralização e políticas de saúde: uma análise comparada entre Argentina, Brasil, Colômbia e México. *Ensaio FEE*, Porto Alegre, v. 28, n. 2, 525-548, out. 2007.

SANTOS, Wanderley G. (1987). *Cidadania e Justiça. As políticas sociais na ordem brasileira*. São Paulo:

Campus

SIRVENT, María Teresa. La educación de jóvenes y adultos frente al desafío de los movimientos sociales emergentes en Argentina. *Rev. Bras. Educ.* [online]. 2005, n.28, pp. 37-49. ISSN 1413-2478.

SMITH, William C. Estado, mercado e neoliberalismo na Argentina pós-transição: a experiência Menem. In: SOLA, L. (org.). *Estado, Mercado e Democracia*. São Paulo, Paz e Terra, 1993.

SOLA, Lourdes. Estado, Reforma Fiscal e Ordem Monetária: Qual Estado? In: SOLA, Lourdes e PAULANI Leda (org.). *Lições da Década de 80*. São Paulo: EDUSP, p: 29-74, 1995.

STEINMO, THELEN e LONGSTRETH (1994) *Structuring Politics: Historical institutionalism in comparative analysis*, Cambridge University Press.

STOTZ, Eduardo Navarro. “Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil”. *Revista São Paulo em Perspectiva*. Vol. 17, nº. 1, São Paulo, jan/mar 2003.

TEDESCO, Juan Carlos y FANFANI, Emilio. Tenti La Reforma Educativa en La Argentina, Semejanzas Y Particularidades. IPE-UNESCO-Buenos Aires (Borrador para discusión) Buenos Aires, noviembre/2001

TORRES, Rosa María. Tendências da formação do docente nos anos 90. In: WARDE, M. J. (Org.) *Novas políticas educacionais: críticas e perspectivas*. São Paulo: PUC-SP, 1998. p. 173-191.

VERDEJO, Guadalupe. 1998. ‘Argentina, situación de la salud y tendencias, 1986-1995’. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Rosário, nº. 46.

ZIBAS, Dagmar. “A reforma do ensino médio no Chile: vitrina para a América Latina?”. *Cadernos de Pesquisa*, num. 115, São Paulo, março 2002.

NOTAS

1 Hall (1993); Immergut (1996); Hall & Taylor (2003); Steinmo, Thelen e Longstreth (1994).

2 As *Obras Sociales* eram fundos formados por contribuições compulsórias de empregados e patrões para o financiamento dos serviços de saúde, sempre a partir da lógica fragmentadora do ramo de atividade econômica e profissional.

3 Os principais modelos de saúde que despontaram no cenário mundial no século passado foram: o seguro-doença das caixas de pensões; o sistema estatal e universalista soviético; o Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha; e os seguros de saúde privados e liberais norte-americanos, com proporção residual de serviços públicos (LABRA 2001).

4 O objetivo daquelas medidas era reverter a deterioração dos serviços observada nas décadas anteriores, cuja razão, imaginava-se, residiria na falta de competição.

5 Embora se tenha conseguido avançar no atendimento e no fortalecimento de uma cultura de saúde pública, os investimentos públicos em saúde são ainda inferiores aos privados no Brasil, e estes últimos têm atuação bastante significativa na provisão de planos de saúde, principalmente para as classes de maior renda. Estudo da ONU de 2001 mostrava que no Brasil 147 milhões de pessoas eram atendidas pelo sistema público (81% da população), enquanto apenas 35 milhões eram atendidos pelo sistema de saúde suplementar (19% da população). O poder público era responsável pela oferta de 143 mil leitos hospitalares, ao passo que o setor privado respondia por outros 341 mil leitos.

6 Segundo Barrientos e Sherlock (2000), em 1988 o ISAPRE prestava serviços para 11% da população, mas absorvia 45% dos gastos de saúde do país. Já a cobertura de serviços mais custosos como mulheres gestantes e idosos ficava a cargo do sistema público de saúde, por meio do FONASA. Nesse fundo havia também a estratificação do atendimento, isto é, as classes mais desprovidas tinham o serviço de saúde ofertado apenas por hospitais públicos, enquanto as classes de maior renda podiam ter acesso a serviços privados também, mediante pagamentos extras ao sistema.

7 No caso brasileiro a coordenação das políticas sociais ocorreu a partir da década de 1990 (ver ARRETCHE 2004)

8 <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>

9 http://www.cartamaior.com.br/templates/materia-Mostrar.cfm?materia_id=16740