

CRÍTICA REVOLUCIONÁRIA

Revolutionary Criticism

Crit Revolucionária, 2024; 4:E010

Artículo original

https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.2024.v4.25

GERENCIALISMO Y SALUD: CONTRIBUCIONES PARA PENSAR EL CONTEXTO BRASILEÑO

Lúcio Souza dos SANTOS 

† Universidad Federal de São Paulo – UNIFESP, Programa de Posgrado en Salud Colectiva. São Paulo, SP, Brasil.

Autor de Correspondencia: Lúcio Souza dos Santos luciosantos@uol.com.br

Recibido: 15 Jul 2023 Revisado: 28 Ago 2023 Aprobado: 23 Abr 2024

https://doi.org/10.14295/2764-4979RC_CR.v4.25

Copyright: Artículo de acceso abierto, bajo los términos de la Licencia Creative Commons (CC BY-NC), que permite copiar y redistribuir, remezclar, transformar y crear a partir de la obra, siempre y cuando sea no comercial. La atribución del debido crédito es obligatoria.



Resumen

A finales de la década de 1970, en respuesta a la crisis de la caída de la tasa de ganancia en los países centrales del capitalismo, hubo una serie de reformas del Estado que tenían como objetivo reducir el costo de funcionamiento de los servicios públicos. La asociación público-privada con organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro para la gestión, a través de la transferencia de recursos estatales, fue el modelo encontrado para hacer los servicios más eficientes y a menor costo. Esta ideología llegó a ser designada como gerencialismo. En Brasil, el gerencialismo tomó

forma institucional con la reforma del Estado, en 1995, llevada a cabo por el Ministerio de Reforma Administrativa. En salud, este modelo se expresó con la transferencia de la gestión de los servicios de salud por parte de entidades denominadas organizaciones sociosanitarias.

Palabras clave: Capitalismo; Gerencialismo; Reforma del Estado; Organizaciones sociales; Salud.

**GERENCIALISMO E SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES PARA PENSAR O
CONTEXTO BRASILEIRO**

Resumo: No final da década de 1970, em resposta a crise na queda da taxa de lucro nos países centrais do capitalismo, houve uma série de reformas do estado que tiveram por objetivo reduzir o custo de funcionamento de serviços públicos. A parceria publico-privada com organizações não governamentais sem fins lucrativos para a gestão, por meio de transferência de recursos do estado, foi o modelo encontrado com intuito de tornar os serviços mais eficientes e com menor custo. Esta ideologia passou a ser designado como gerencialismo. No Brasil o gerencialismo ganhou corpo institucional com a reforma do estado, em 1995, realizada pelo Ministério da Reforma Administrativa. Na saúde este modelo ganhou expressão com a transferência de gestão de serviços de saúde por entidades denominadas como organizações sociais de saúde.

Descritores: Capitalismo; Gerencialismo; Reforma do Estado; Organizações sociais; Saúde.

**MANAGERIALISM AND HEALTH:
CONTRIBUTIONS TO THINKING
ABOUT THE BRAZILIAN CONTEXT**

Abstract: At the end of the 1970s, in response to the crisis in the drop in the rate of profit in the core countries of capitalism, there was a series of state reforms that aimed to reduce the cost of running public services. The public-private partnership with non-profit non-governmental organizations for management, through the transfer of state resources, was the model found with the aim of making services more efficient and at a lower cost. This ideology came to be designated as managerialism. In Brazil, managerialism gained an institutional body with the state reform, in 1995, carried out by the Ministry of Administrative Reform. In health, this model gained expression with the transfer of management of health services by entities known as social health organizations.

Descriptors: Capitalism; Managerialism; State reform; Social organizations; Health.

INTRODUCCIÓN

Para comprender cómo el modelo gerencialista llega a las instancias de organización y gestión del sistema de salud en la actualidad, es necesario comprender el contexto de **prescripción** del modelo de gestión en el sector salud. El gerencialismo surge como respuesta a la crisis de mantenimiento de las ganancias del capital.

Didácticamente, podríamos entender la evolución de las etapas del capitalismo, a lo largo de su historia, en la siguiente secuencia: capitalismo mercantil, capitalismo empresarial, capitalismo gerencial y capitalismo rentista-financiero.

El capitalismo mercantil abarca el período comprendido entre el siglo XVI y el XVIII y está marcado por la transición del feudalismo al capitalismo. En este período, tuvo lugar el surgimiento de los Estados nacionales, así como la Revolución Industrial, con Inglaterra como escenario. La segunda etapa, el capitalismo empresarial, comprende el período comprendido entre el siglo XIX y la crisis de 1929 con el desplome de las bolsas y el colapso del discurso del liberalismo.

A finales del siglo XIX, la crisis bursátil fue un terreno propicio para el surgimiento de una verdadera **revolución** organizativa del capitalismo, y condujo al surgimiento del capitalismo gerencial. El protagonismo de los gerentes de empresas en el sector privado, el fortalecimiento de una burocracia en el sector público, comandada por tecnócratas, está reemplazando gradualmente a los empresarios en la gestión de las empresas.

Estados Unidos se convierte en la nación difusora de esta nueva forma de conducir la expansión del capitalismo. En este período, después de la Segunda Guerra Mundial, vivimos en una época de desarrollo fructífero del bienestar social, especialmente en los países europeos, generado por la expansión y el fortalecimiento del capitalismo, frente a las altas tasas de rendimiento. Podría considerarse que es el período donde se produce cierta democratización de las ganancias, generadas por el capital que en ese período histórico demostró un desarrollo robusto.¹

A finales de la década de 1970 y principios de la de 1980, con el ascenso de Ronald Reagan en Estados Unidos y Margaret Thatcher en el Reino Unido, y en respuesta a la reducción de la tasa de rendimiento del capital, así como un proceso de estanflación en el país americano, se produjo un escenario económico para el surgimiento de una visión neoliberal de la economía, y en consecuencia, el carácter financiero rentista del modelo económico en los países capitalistas centrales gana protagonismo.

Esta relevancia del capital, no industrial, sino financiero, da lugar a una situación en la que el empresario, el propietario de los medios de producción, pierde importancia en relación con el rentista, y los consorcios/fondos de inversión cobran relevancia en el sistema capitalista mundial.

El mercado, y más específicamente, el mercado de capitales, se convierte en el motor de la dinámica del capitalismo. Hay una reducción creciente en el proceso de industrialización, particularmente en los países de la periferia del capitalismo, o como se le atribuye convencionalmente, en desarrollo. La inestabilidad financiera y la desigualdad entre las naciones y la interpoblación se convierten en la regla de las economías.

En el período más reciente, la crisis financiera de 2008 resulta ser un ejemplo de esta lógica con la quiebra de las instituciones financieras, antes consideradas sólidas, y el endeudamiento de una gran parte de la población estadounidense.

Este proceso de financiarización de la economía, que vemos hoy, tiene su inicio en la década de 1980 en Estados Unidos, que desde una nación desarrollista e industrial, comenzó a adoptar una lógica liberal, no solo en el discurso político, que ya lo era, sino en la conducción de la economía. La idea del gerencialismo, es decir, de "enseñar" a administrar, emerge con una fuerza argumentativa cada vez mayor. La gestión, en las naciones centrales del capitalismo, se convierte en el mantra y, obviamente, en un producto de exportación.^{2,3}

GERENCIALISMO

Estado gerencial, Nueva Gestión Pública o, finalmente, gerencialismo es un término que trata de definir los cambios políticos estructurales y conceptuales que

surgen del ascenso de Margaret Thatcher en el Reino Unido y Ronald Reagan en los Estados Unidos.

Los supuestos de esta visión eran: liberar las fuerzas del mercado del control estatal, reducir la carga fiscal sobre los ciudadanos, reducir el tamaño, el alcance y el costo del Estado. Esta lógica se ha generalizado en varios países y ha sido adoptada como receta para la gestión económica por organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI). ¿Podríamos argumentar que esta propuesta de nuevas reglas económico-políticas para el funcionamiento del Estado rompe con el compromiso de sostener un Estado de bienestar, común a los países europeos en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial? Tal vez sea más que eso. Es el surgimiento de una nueva cultura de funcionamiento de una entidad colectiva: el Estado.

El sustrato que precede a estos cambios, de proponer el funcionamiento del Estado y el cumplimiento de sus deberes sociales, se produjo a partir de las crisis económicas del capitalismo a mediados de la década de 1970 y, como consecuencia de la crisis fiscal de las naciones y sus dificultades financieras para mantener los acuerdos sociales previamente establecidos.

En la posguerra y debido a las reparaciones sociales y económicas de las poblaciones y naciones involucradas en el conflicto, surgió la idea de crear organismos multilaterales y promover el crecimiento económico y el bienestar social. Esta preocupación "social" de las naciones desarrolladas perdió terreno cuando el retorno a la rentabilidad del modelo capitalista comenzó a tener dificultades a fines de la década de 1970, aceleradas o agravadas por la crisis exportadora de las naciones productoras de petróleo.⁴

El acuerdo político entre el capital y el trabajo necesitaba, a partir de este momento, ser adaptado, o incluso revisado. Se debe eliminar el **peso** del Estado sobre los mercados, liberándolos para un funcionamiento más libre, menos regulado y supuestamente, basado en una visión gerencial, más eficiente.

Las ideas y propuestas centradas en el mercado, o del funcionamiento de los servicios según la lógica del mercado, una economía mixta de prestación de servicios que serían más **libres** para actuar, gana muchos defensores. ¿Más libre a

qué? ¿Libre de quién? Libre de la regulación del Estado, de sus leyes, normas y, en definitiva, de sus intereses, que estrictamente hablando, deben ser los intereses de los ciudadanos que lo sustentan.

La creencia era que el Estado, al reducir su presencia en la prestación de servicios, surgirían instituciones que cumplirían esta función y serían administradas por directores, gerentes, quienes, una vez **libres** para actuar, actuarían de manera más eficiente, rápida y a menor costo. En otras palabras, la figura principal de esta nueva cultura de funcionamiento de los servicios, aunque sea pública, se convierte en el gerente y ya no en el político, el servidor público de carrera. El gerente se convierte en la figura que trae consigo, de esta nueva cultura, la calidad de la eficiencia, la preparación, la objetividad, la innovación, la modernidad, en oposición a la visión arcaica del burócrata, atrapado en regulaciones excesivas y el llamado paternalismo.⁵

El acuerdo político entre el capital y el trabajo necesitaba, a partir de este momento, ser adaptado, o incluso revisado. Se debe eliminar el **peso** del Estado sobre los mercados, liberándolos para un funcionamiento más libre, menos regulado y supuestamente, basado en una visión gerencial, más eficiente.

Las ideas y propuestas centradas en el mercado, o del funcionamiento de los servicios según la lógica del mercado, una economía mixta de prestación de servicios que serían más **libres** para actuar, gana muchos defensores. ¿Más libre a qué? ¿Libre de quién? Libre de la regulación del Estado, de sus leyes, normas y, en definitiva, de sus intereses, que estrictamente hablando, deben ser los intereses de los ciudadanos que lo sustentan.

La creencia era que el Estado, al reducir su presencia en la prestación de servicios, surgirían instituciones que cumplirían esta función y serían administradas por directores, gerentes, quienes, una vez **libres** para actuar, actuarían de manera más eficiente, rápida y a menor costo. En otras palabras, la figura principal de esta nueva cultura de funcionamiento de los servicios, aunque sea pública, se convierte en el gerente y ya no en el político, el servidor público de carrera. El gerente se convierte en la figura que trae consigo, de esta nueva cultura, la calidad de la eficiencia, la preparación, la

objetividad, la innovación, la modernidad, en oposición a la visión arcaica del burócrata, atrapado en regulaciones excesivas y el llamado paternalismo.⁵

LA DISMINUCIÓN DEL PODER ESTATAL Y EL GERENCIALISMO EN BRASIL

La flexibilidad de las instituciones para funcionar bajo la lógica gerencial conduce a una progresiva pérdida de influencia del Estado en la formulación de políticas, en el sector en el que comenzarán a actuar nuevos agentes. En otras palabras, una vez liberados de los controles de la burocracia estatal, tenemos el surgimiento de otro Estado, que se dice que es más libre, que podríamos definir, como el Estado gerencial.

Por lo tanto, el Estado, **asumiendo** su incapacidad para realizar servicios que deberían prestarse a la población y que son obligatorios e inherentes a la condición del poder público, cede sus prerrogativas a instituciones privadas, que se dice que son cuasi-mercado para la conducción, organización de estos servicios. En otras palabras, la gestión implica un concepto de "arreglar" lo que no funciona correctamente.

Algo muy diferente de lo que Frederick Winslow Taylor propuso para la actividad gerencial. Según Taylor, era esencial que la autoridad administrativa tuviera tres condiciones básicas: aplicar la investigación científica al ejercicio del trabajo; respeto de los intereses de los trabajadores y cooperación entre el capital y el trabajo. Sin embargo, en el modelo actual, cada aspiración individual de bienestar debe estar vinculada a la empresa u organización a la que pertenece.⁷

El objetivo es el progreso de la organización, al menor costo posible, que en la prestación de servicios inherentes al Estado, esta ideología choca, la mayoría de las veces, con los intereses de la colectividad.

La idea de calificación y la formación de una clase profesional que pudiera desempeñar las funciones inherentes al Estado fue muy bien explicada en la Constitución de 1967, durante el régimen militar, que se estableció en Brasil en 1964. En su Artículo 6°, ya demostró una cierta ideología de gestión, que queda clara en las disposiciones que describen los principios que deben sustentar la administración

pública en Brasil. Ellos fueron: Planificación, Coordinación, Descentralización, Delegación de competencias, Control.

El Artículo 26° sostiene que la administración pública debe guiarse por la eficiencia de la ejecución de las políticas. Por lo tanto, las ideas queridas por la ideología gerencialista habían estado presentes en nuestro medio hace mucho tiempo.

Como hemos visto anteriormente, el gerencialismo es una ideología que ganó fuerza a partir de las reformas llevadas a cabo en Estados Unidos, Inglaterra y otros países, como Australia y Nueva Zelanda. La función de cualquier administración pública y por deber constitucional, es proporcionar a los ciudadanos servicios que son inherentes, o incluso que deberían ser ofrecidos principalmente por el Estado. Sin embargo, lo que debe y no debe ser la atribución exclusiva del Estado es objeto de debate permanente en el mundo, y en Brasil, en particular.

La forma en que la administración del Estado brasileño ofrecerá servicios sufre intereses económicos y políticos directos, por lo tanto, sujetos a cambios en la visión y ejecución, dependiendo del perfil ideológico del poder político a cargo.

En 1989, en una reunión en la ciudad de Washington, y llamada por el economista John Williamson el Consenso de Washington, hubo una serie de recomendaciones para las economías de los países de la periferia del capitalismo, especialmente en América Latina, donde los países estaban endeudados y bajo el arco de influencia de Estados Unidos.

Las principales recomendaciones: ajuste fiscal, recortes en el gasto público, alivio tributario del capital para que sea más competitivo en el mercado internacional, más abierto y competitivo que los de esos países endeudados. Los mercados laborales y financieros deben ser totalmente desregulados, la privatización, la apertura comercial y la garantía de la propiedad privada serían promovidas.⁸

En Brasil, la reforma del aparato estatal fue más allá de lo que convencionalmente se puede llamar reforma administrativa. La idea era recrear un modelo de acción de actividades que no son exclusivas del Estado. Este modelo se basó en las experiencias británicas, neozelandesas y australianas, e incluso fue consultado por personas que trabajaron en la reforma del Estado británico. la

educación, la salud y la cultura eran, por lo tanto, áreas donde el Estado podría transferir la gestión a entidades sin fines de lucro, que operarían en la lógica de la iniciativa privada.⁹

Desde el inicio de las propuestas en defensa de la reforma del Estado, a partir de 1995, las discusiones plantearon la necesidad de hacer más eficiente el Estado y la ejecución de sus políticas, más rápido, buscando una evolución del modelo burocrático a un modelo gerencial, sin renunciar a la gestión social de las funciones del Estado. Las entidades que habilitarían para el desempeño de estas funciones, una vez exclusivas y realizadas por la burocracia del poder público, se regirían por un contrato de gestión cuyo enfoque era el cumplimiento de las metas inicialmente establecidas en este contrato. Debe haber una asignación presupuestaria basada en el cumplimiento de las disposiciones de los contratos.¹⁰

GERENCIALISMO EN LA SALUD BRASILEÑA

En 1986, la VII Conferencia Nacional de Salud argumentó que una reforma de salud brasileña debería incluir los principios de equidad, descentralización, integralidad y universalidad. Estos pilares marcaron el primer sistema de salud pública universal en Brasil.¹¹

La Constitución Federal promulgada en 1988 consolidó el acceso universal de los brasileños al sistema público de salud. Lo considera un derecho ciudadano y un deber del Estado. De conformidad con el Artículo 196 de la Constitución brasileña

la salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y económicas destinadas a reducir el riesgo de enfermedad y otros problemas de salud y el acceso universal e igualitario a acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.¹²

También en el Artículo 198, las acciones y servicios de salud pública forman parte de una red regionalizada y jerárquica y constituyen un sistema único, organizado con las siguientes directrices: I – descentralización, con una sola dirección en cada esfera de gobierno; II – atención integral con prioridad para las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios de atención; III – participación comunitaria.

Para financiar el sistema, se definió que los recursos provendrían del presupuesto de la seguridad social, de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes.¹²

A partir de 1990, la ley orgánica de salud reguló el sistema que había sido implementado por la reciente Constitución de 1988. El financiamiento de la salud proviene de las contribuciones sobre los ingresos y los ingresos netos y también de los porcentajes de los ingresos fiscales recaudados por los municipios (al menos el 15%) y los estados (al menos el 12%).

Después de la promulgación de la constitución, y con su determinación del acceso universal a los servicios públicos de salud, la tensión en el sistema se caracterizó por dos pilares fundamentales: construir y financiar la universalización.

La necesidad de cumplir con estas dos obligaciones con el Sistema Único de Salud (SUS) permanece hoy y es objeto de continuas discusiones en la sociedad brasileña. ¿El mayor problema del SUS es de financiamiento o de gestión? Esta falsa dualidad permanece, aún hoy, y sirve de debate entre varias corrientes ideológicas del escenario político brasileño.

El financiamiento del SUS se realizaría, de acuerdo con una norma constitucional, a través de recursos provenientes de contribuciones de empleados y empleadores, contribuciones sobre ingresos, contribuciones y la Contribución sobre la Renta Neta (CSLL) de las empresas y también sobre parte de los ingresos de cada esfera de gobierno. Por lo tanto, no hubo una asignación específica de recursos al sistema de salud. La seguridad social, expresada en la constitución federal, trataba la Previdencia, la asistencia y la salud como parte de una protección social que debía conferirse al ciudadano.

En el presupuesto de salud en los años 1990 y 1991, cuando aún no se había aprobado la ley sobre el costo de la seguridad social, se determinó que los recursos del Fondo de Inversión Social – FINSOCIAL se vincularían principalmente a la salud y los ingresos del CSLL también se dirigirían, prioritariamente, a programas de asistencia. De los recursos de la seguridad social, el 30% debe asignarse al financiamiento de la salud.¹³

A partir de 1993, el Ministerio de Salud dejó de recibir transferencias, correspondientes al 15,5% de la recaudación de cotizaciones de empleadores y empleados. Esta reducción demostró que la fórmula de financiamiento de la salud pública brasileña era vulnerable, agravando problemas crónicos. En octubre de 2000, con la aprobación de la Enmienda Constitucional 29 (EC29), los estados y municipios deberían asignar el 7% de los ingresos provenientes de impuestos y transferencias constitucionales. Este porcentaje tendría que crecer anualmente hasta alcanzar, para los estados, el 12% en 2004 y el 15% para los municipios. El gobierno federal contribuiría, en el primer año, con el 5% del presupuesto del período anterior y para los años siguientes, el monto definido en el anterior sería corregido por la variación nominal del Producto Interno Bruto – PIB.¹⁴

En enero de 2012 se promulgó la Ley Complementaria N° 141 a la CE 29, que define mejor las obligaciones de la Unión, los Estados y los Municipios en el financiamiento de la salud, así como aclara lo que debe considerarse gasto público en salud.

Se consideran acciones y servicios de salud pública aquellos destinados a la promoción, protección y recuperación de la salud. Entre las determinaciones de la ley, el poder público debe brindar atención integral y universal en salud en todos los niveles de complejidad, incluida la asistencia terapéutica y la recuperación de las necesidades nutricionales.

En cuanto a los porcentajes del presupuesto para salud, la ley complementaria ratifica la CE 29 y define que el 12% de la recaudación tributaria de los estados y el 15% de la recaudación tributaria de los municipios deben aplicarse en salud.

La vinculación de los recursos de salud a los porcentajes de ingresos tiene una enorme variabilidad en períodos de crisis económica, como cualquier presupuesto. Sin embargo, en el área de la salud, la irregularidad de las transferencias al sector choca muy a menudo con mayores demandas de la sociedad de nuevas terapias, procedimientos o incluso enfermedades que deben ser enfrentadas en el área.

Mendes y Carnut¹⁵ en un artículo sobre la falta de financiación y el gerencialismo en la salud pública brasileña, cuestionan, en la introducción, la razón para intentar hacer un diagnóstico de la crisis institucional de restricción de derechos sociales, en lugar de buscar comprender los matices y, en consecuencia, la tendencia de las crisis recurrentes del sistema capitalista en el que estamos insertos. ¿Por qué las propuestas de mejora en el funcionamiento del SUS, que siempre se realizan durante los períodos electorales, se enfrentan directamente a la lógica de la iniciativa privada que se ha adoptado preponderantemente en la conducción de los servicios públicos de salud?

Por lo tanto, si entendemos que la caída de la tasa de ganancia de las economías capitalistas afecta directamente las políticas públicas, ya sea por decisión política de contratación de bienes y servicios, a través de la restricción presupuestaria, combinada con la opción por un modelo gerencialista en detrimento de una visión burocrática de los servicios estatales, tenemos, por lo tanto, un escenario muy explicativo de lo que le sucedió al SUS en el contexto de la crisis del capitalismo.¹⁵

La lógica, por lo tanto, se configura con las siguientes acciones: subfinanciación crónica del SUS y transferencia de la gestión a organizaciones no gubernamentales, consideradas sin fines de lucro, entre ellas: Organización de la Sociedad Civil de Interés Público (OSCIP), Organizaciones Sociales de Salud (OSS) y fundaciones públicas estatales de derecho público y privado.

Entidades que Miranda¹⁶ conceptualiza como entidades del tercer sector que operan en dinámicas y términos de (casi) mercado, donde la prestación de servicios que alguna vez fue entendida y enfatizada como un derecho social del ciudadano, se refuerza como un derecho a consumir trámites y servicios que serán gestionados por estas organizaciones que operan sobre la base de un sistema privado, donde la relación competencia, costo-efectividad incluso define más o menos transferencias de recursos públicos a ellos. Se hace hincapié en el valor de los servicios, y se adopta como ideología y aplicación una aplicación francamente utilitaria de los recursos públicos, donde el discurso de la racionalidad competitiva, de las reglas de competencia, que se asemejan a las del mercado, de la eficiencia y de la calidad de

los servicios, suplanta la noción de cobertura para la población destinataria de estos servicios.

Este modelo, característico del gerencialismo, fue tomado como la única forma posible de ofrecer servicios de salud, pero no solo eso, para ampliar la oferta, asegurar la accesibilidad y garantizar la calidad.

El Estado, por lo tanto, transfiere a estas organizaciones, de naturaleza (casi) de mercado, recursos para el financiamiento en lugar de la prestación de servicios. La base de esta combinación es la formulación de contratos de gestión entre las secretarías de salud y las organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, el carácter de una reducción del espacio público en el área de la salud, o de un movimiento con un perfil privatista, va más allá de la transferencia de responsabilidades del Estado a entidades sin fines de lucro, pasa por la lógica de los subsidios a los servicios privados de salud, ya sea por la exención de impuestos a personas físicas y jurídicas, o por la caracterización de algunos servicios como filantrópicos y, por lo tanto, exento de impuestos, a pesar de una selectividad de clientela, es decir, la poca cobertura en el servicio.

Este escenario ha creado una situación cada vez más común, en la que entidades o instituciones filantrópicas o sin fines de lucro realmente disputan la gestión de los equipos de salud pública, como una estrategia para ampliar la exención de impuestos y, en consecuencia, la capacidad de expansión.¹⁶

Esta visión gerencialista de la salud pública se ve reforzada en asociación con la falta crónica de financiación que el sector de la salud ha enfrentado durante muchos años.

Según Mendes y Carnut¹⁵, el gasto del Ministerio de Salud entre 1995 y 2016 se mantuvo en 1,7% del PIB, mientras que el gasto en intereses de la deuda pública creció 6,6% del PIB en el mismo período. Los autores destacan la importancia de la creación del SUS, pero se destacan que en 2015 el gasto en el SUS fue del 3,9% del PIB (Unión; 1,7%; estados: 1%; y municipios: 1,2%), mientras que en los países europeos que tienen sistemas de salud universales, este gasto alcanza el 8% del PIB. Se puede entender, a partir de estos datos, que el bajo presupuesto para la salud pública y de nuestro SUS lo deja debilitado desde el punto de vista de la

inclusión, de manera operativa e ideológica, ya que abre espacio para que el discurso gerencialista proponga alternativas y se establezca como si fuera el único camino.

Giovanella y Almeida,¹⁷ en un artículo sobre la atención primaria integral y los sistemas de salud segmentados en América Latina, llaman la atención sobre el hecho de que desde la década de 1980, con la implementación de ajustes económicos estructurales, los servicios de extensión social han sido prestados por organizaciones no gubernamentales del sector privado. Al publicar datos, cuyas fuentes son el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud – OPS, muestran que Brasil, con una población de 203 millones de habitantes, PIB *per cápita* de 14.750 dólares, tiene un gasto de 937 dólares *per cápita*. El 46% fue gasto público, que correspondió al 4% del PIB.

Chile, con 17,9 millones de habitantes, PIB *per cápita* de 21.060 dólares *per cápita*, gasta 1.137 dólares *per cápita* en salud. El 49,5% fue gasto público, lo que corresponde al 3,7% del PIB chileno. Uruguay tiene 3,4 millones de habitantes, el PIB *per cápita* es de 18.940, el gasto *per cápita* en salud es de 1.442 dólares. El 71% es gasto público, lo que corresponde al 5,9% del PIB.¹⁷

Según la OMS, el gasto brasileño en salud, en 2020, fue de 701 dólares *per cápita*. El gasto público se redujo en comparación con 2014, y en 2020 fue el 44,8% de todo el gasto en salud.¹⁸

En respuesta a la falta de financiación de la salud pública en Brasil, causada por una reducción del presupuesto y, en consecuencia, del gasto *per cápita*, agravada por las exenciones fiscales para las personas que tienen planes privados de salud y por las concesiones fiscales a las entidades privadas sin fines de lucro, el modelo gerencialista se ha profundizado como una forma de administrar los recursos para el sector de la salud. Mendes¹⁹ señala que la crisis en el financiamiento del sector salud es en realidad un reflejo de la crisis del propio capitalismo, debido a la caída de su tasa de ganancia, y la preponderancia del capital financiero, y que en esta situación el sistema tiene como enfoque la adopción de tres pilares básicos: el aumento de la tasa de explotación, obligando a los trabajadores a aceptar condiciones laborales precarias; la reorganización de nuevas líneas de producción;

y la devaluación del stock de capital acumulado. El incentivo financiero público otorgado al capital privado en el sector salud, a través de exenciones fiscales sin reposición de parte de los recursos, es una verdadera transferencia de ingresos y una forma de asegurar la sostenibilidad financiera del capital privado, y se ha producido en volúmenes crecientes, 3,67 mil millones en 2003, alcanzó 19,98 mil millones en 2012.¹⁵

En Brasil, en el sector de la salud pública, en particular, la ideología gerencialista tuvo y tiene su núcleo con el movimiento de reforma del Estado llevado a cabo por el Ministerio de Reforma Administrativa, que tuvo lugar en 1995. Esta reforma proporcionó una base legal para que los servicios públicos en el área de la salud sean administrados por organizaciones sin fines de lucro, a través de contratos de gestión enfocados en resultados, y remuneración variable por desempeño.^{20.21}

Gaulejac,² en su libro "La gestión como enfermedad social", argumenta que los instrumentos encargados de medir el valor financiero de las empresas no son fiables porque están formados por directivos descorteses y que los datos contables no siempre dan una visión clara y fiable de la situación financiera de la empresa.

La evaluación del desempeño en el sector público es objeto de mucho debate. Los defensores sugieren que hay una mejora en los resultados cuando se realiza la evaluación, mientras que quienes la critican afirman que es un instrumento de evaluación del sector privado, trasladado a la esfera pública. Es decir, tomar el modelo de gestión privada como superior a la gestión pública. Por lo tanto, la contratación de resultados representa una forma de control, y establece sanciones positivas y negativas. El riesgo, en el ámbito público, es que la evaluación del desempeño y los resultados se convierta en un fin en sí mismo, y no vaya acompañado del objetivo principal, que es ofrecer un servicio público de calidad al mayor número de ciudadanos.²²

En la reforma administrativa del Estado a partir de 1995, las organizaciones sociales adquirieron un papel protagónico en la gestión de la salud. El modelo se ha expandido por todo Brasil, lo que ha hecho que cada vez más organizaciones se califiquen como entidades sociales capaces de administrar el presupuesto público de salud, este es el modelo más evidente de la ideología gerencial, que sobresale

en la remuneración basada en el desempeño y los resultados. Pero vale la pena preguntarse: ¿qué rendimiento? ¿Cómo medir los resultados? La defensa de la eficiencia y la autonomía siempre ha sido clara en el modelo de gestión propuesto en la reforma administrativa de 1995.

En un artículo para el periódico Folha de São Paulo, el 22 de mayo de 1995, sobre organizaciones sociales, el entonces Ministro de Reforma Administrativa, Luiz Carlos Bresser Pereira, afirma:

uno de los proyectos más importantes del gobierno de Fernando Henrique Cardoso es garantizar la autonomía financiera y administrativa a los servicios sociales del Estado, es decir, universidades, escuelas técnicas, museos, hospitales y centros de investigación para que puedan llevar a cabo su función de manera más eficiente.²³⁽⁸⁾

Por lo tanto, no hay duda sobre los propósitos, incorpora la lógica de la iniciativa privada a la gestión de los bienes públicos, con un presupuesto público, cuyo control de la aplicación de estos recursos puede ser difícil de ejecutar. Volvemos a una pregunta central: ¿es inherente al Estado o al modelo económico adoptado la dificultad del Estado para cumplir con sus obligaciones hacia los ciudadanos?

Carnut y Mendes²⁴ argumentan que el Estado brasileño, siendo parte integral de las relaciones capitalistas de producción, ejerce su colaboración para el modelo adoptando el espíritu gerencialista dentro de la administración pública directa, con su lógica basada en resultados y desempeño, este último basado en la superación de las expectativas de los trabajadores de este sector, lo que a menudo se confunde con la cantidad de trabajo a realizar.

CONSIDERACIONES FINALES

A finales de la década de 1970, los países centrales del capitalismo, como Inglaterra y Estados Unidos, para enfrentar la crisis de la caída de la tasa de ganancia de sus modelos económicos, promovieron un movimiento reformista del Estado. La base ideológica de este proceso fue la reducción del tamaño del Estado, la transferencia de parte de las llamadas obligaciones no exclusivas a organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro.

La transferencia de estas obligaciones se basó en el supuesto de que las entidades no pertenecientes a la burocracia estatal tendrían más agilidad, autonomía y, en consecuencia, eficiencia en la gestión de la prestación de servicios demandados por la población, especialmente en las áreas de cultura, educación y salud.

La relación entre el Estado y el sector de la salud tiene varios matices, que otros sectores no presentan. En Brasil, el surgimiento del SUS como un sistema integral y universal establecido por la constitución de 1988 fue un avance en la oferta de atención, tanto en la atención primaria como en tratamientos de alta complejidad. Sin embargo, su financiamiento ha padecido, desde su origen, de la escasez de recursos, por la falta de regulación de las transferencias obligatorias o incluso por exenciones tributarias y tributarias que impactan directamente en la cantidad de recursos que deben destinarse a la salud. El resultado es una falta crónica de financiación del sistema.

El escenario de contracción de recursos, presión de los países desarrollados, para ajustes fiscales y reducción del tamaño del estado de los países endeudados, surge de la propuesta de 1995 realizada por el Ministerio de Reforma Administrativa, que propone a los organismos sociosanitarios el manejo de los recursos presupuestarios y la prestación de servicios que antes eran prestados por el sistema de salud vinculado a la administración directa.

Estas organizaciones tenían como base de funcionamiento, la ideología gerencial, basada en resultados y desempeño que serían definidos por contratos de gestión firmados entre autoridades públicas y organizaciones no estatales. En otras palabras, el SUS, impregnado de las discusiones que se venían dando desde los años 60, y que en el caso brasileño, es parte de la expresión del bienestar social que el Estado debe brindar a sus ciudadanos, se convierte, en su parte importante, en una ideología gerencial, que es más adecuada para la iniciativa privada y no para un modelo de salud que debe ser integral, universal y lo suficientemente amplio como para satisfacer las necesidades de salud más fundamentales, así como para estar listo para incorporar nuevas técnicas y conocimientos que garanticen la salud y una mejor calidad de vida para los brasileños.

CONTRIBUCIÓN AUTORAL

LSS contribuyó a la concepción y redacción del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Bresser-Pereira LC. Depois do capitalismo, o gerencialismo democrático. RAE - Rev Adm Empres. 2021;61(3):e0000-0012. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020210304>.
2. Gaulejac V. Gestão como doença social. São Paulo: Idéias e Letras; 2007. O gerenciamento a serviço do capital; 56-6.
3. Abrúcio FL. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública; 1997. (Cadernos ENAP; n. 10).
4. Bresser-Pereira LC. A Reforma do estado nos anos 90: lógica e mecanismo de controle. Lua Nova. 1998;(45):49-95. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>.
5. Newman J, Clarke J. Gerencialismo. Edu Real. 2012;37(2):353-81.
6. Onuma FMS, Zwick E, Brito MJ. Ideologia gerencialista poder e gestão de pessoas na administração pública e privada: uma interpretação sob a ótica da análise crítica do discurso. Rev Cienc Adm. 2015;17(42); 106–120. <https://doi.org/10.5007/2175-8077.2015v17n42p106>.
7. Gaulejac V. Gestão como doença social. São Paulo: Idéias e Letras; 2007. O humano é um recurso da empresa; 79-83.
8. Faganello CP. Balanço do gerencialismo: análise da influência do modelo de administração pública gerencial no período de 1995 a 2017 no Brasil [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2017 [citado 04 jul. 2023]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/178165>
9. Misoczky MC, Abdala PRZ, Damboriarena LA. A trajetória ininterrupta da reforma do aparelho do estado no Brasil: continuidades nos marcos do neoliberalismo e do gerencialismo. Adm Publica Gestao Soc. 2017;9:183-98. <https://doi.org/10.21118/apgs.v1i3.5126>.
10. Paula APP. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. Rev Bras Adm Empresas. 2005;45(1):36-49. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>.
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). 8a Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, DF: Comissão Organizadora da 8a Conferência Nacional de Saúde; 1986.

12. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. [Brasília, DF]: Senado; 05 out. 1988.
13. Conceição TS, Cislacchi JF, Teixeira SO. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. *Temporais*. 2012;12(23):97-124. <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2012v12n23p97-124>
14. Marques RM, Mendes Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Econ Soc*. 2012;21(2): 345-62. <https://doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005>.
15. Mendes Á, Carnut L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. *Saude Soc*. 2018;24(4):1105-19. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180365>.
16. Miranda AS. Pluralismo agenciado da política e gestão públicas de saúde em institucionalidade híbrida e dinâmicas de (quase) mercado [Internet]. Rio de Janeiro; 2013 [citado 30 abr. 2024]. Disponível em: <https://cebes.org.br/pluralismo-agenciado-da-politica-e-gestao-publicas-de-saude-em-institucionalidade-hibrida-e-dinamicas-de-quasemercado/8431/>
17. Giovanella L, Almeida PT. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saude Publica*. 2017;33(supl 2): e00118816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>.
18. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.org>.
19. Mendes Á. A saúde brasileira no contexto da crise do estado ou do capitalismo?. *Saude Soc*. 2015;24(suppl 1):68-81. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>.
20. Ministério da Administração Federal (BR). A reforma administrativa do sistema de Saúde. Brasília, DF: MARE; 1998. (Cadernos MARE da reforma do estado; 13).
21. Cherchiglia ML, Dallari SG. A reforma do estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Rev Adm Publica*. 1999;33(5):85-94.
22. Pacheco SR. Mensuração de desempenho no setor público: os termos do debate. *Cad Gestao Publica Cidadania*. 2009;14(5):149-61. <https://doi.org/10.12660/cgpc.v14n55.44208>.
23. Bresser-Pereira LC. As organizações sociais. Folha de S. Paulo. 22 maio 1995; Opinião.
24. Carnut L, Mendes Á. Capital-estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. *Argumentum*. 2018;10(2):108-21. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i2.19528>.