

Federalismo e Políticas Públicas: uma breve organização sobre a configuração federativa e o funcionamento da política de saúde no México

Recebido 03.10.2016
Aprovado 12.11.2016

José Geraldo Leandro¹

Resumo

Este trabalho objetiva apresentar um panorama geral sobre o processo de configuração do federalismo mexicano e suas implicações para a distribuição das competências entre os três níveis de governo do país. Abordamos os principais aspectos históricos de constituição das instituições federativas mexicanas, assim como sua configuração atual, e apresentamos o modo como a política pública de saúde está organizada, no que diz respeito às atribuições dos níveis de governo. De maneira específica, portanto, a problemática sobre a qual este texto se debruçou pode ser resumida com as seguintes perguntas: de que modo as responsabilidades e competências pelo desenho, financiamento e implementação desta política estão organizadas no âmbito do Estado Mexicano? As características federativas mais gerais do país contribuem para a configuração interfederativa desta política?

Palavras-chave: Federalismo; Competências e Responsabilidades Intergovernamentais; Política de Saúde; México.

Federalism and Public Policy: a brief organization of the federative setup and operation of health policy in Mexico

Abstract

This paper aims to present an overview of the configuration process of the Mexican federalism and its implications for the distribution of powers between the three levels of government in the country. We address the main historical aspects of the constitution of the Mexican federal institutions, as well as its current configuration, and present how the public health policy is organized, with regard to the tasks of government levels. Specifically, therefore, the issue on which this text is addressed can be summarized with the following questions: how the responsibilities and competencies for the design, financing and implementation of this policy are organized under the Mexican State? Do the more general federal characteristics of the country contribute to the interfederative configuration of this policy?

Keywords: Federalism; Intergovernmental powers and responsibilities; Health policy; Mexico.

Federalismo y Políticas Públicas: una breve organización de la configuración federativa y el funcionamiento de la política de salud en México

Resumen

Este texto tiene como objetivo presentar una visión general del proceso de configuración del federalismo mexicano y sus implicaciones para la distribución de las funciones entre los tres niveles de gobierno en el país. Nos dirigimos a los principales aspectos históricos de la constitución de las instituciones federales de México, así como su configuración actual, y presentamos cómo la política de salud pública se organiza, con respecto a las tareas de los niveles de gobierno. En concreto, por lo tanto, la cuestión sobre la que se dirige este texto se puede resumir con las siguientes preguntas: ¿Cómo las responsabilidades y funciones para el diseño, financiación y ejecución de esta política se organizan en el marco del Estado

¹ Doutor em Ciência Política (UFMG). Professor vinculado ao IPOL/UNB. Pesquisador PNPDI/IPEA. Contato: josegaleandro@ig.com.br

mexicano? Las características federativas más generales del país contribuyen a la configuración interfederativa de esta política?

Palabras clave: Federalismo; Competencias intergubernamentales y responsabilidades; Política de salud; México.

Introdução

A partir da segunda metade do século XX, transformações estruturais relacionadas às instituições estatais e aos modelos de organização governamental tiveram início em boa parte dos países ocidentais. A tendência reformista surgida em tal período e que ganhou força ao longo das últimas décadas, pode ser explicada por um amplo conjunto de fatores políticos, sociais e econômicos, entre os quais figuram: (i) o fortalecimento de segmentos sociais, cujos direitos foram historicamente negligenciados pelas instituições formais já existentes, assim como o adensamento do coro de suas respectivas demandas por poder e efetiva participação na produção das decisões; a (ii) consequente pluralização das demandas endereçadas ao Estado em um contexto de crise fiscal; o (iii) declínio das relações pautadas em princípios não republicanos entre governantes e governados (Dillinger e Fay, 1999); além (iv) do acirramento das tensões entre culturas e nacionalidades conviventes no interior de alguns países (Stepan, 1999).

Os estados nacionais passaram a ser impelidos à realização de transformações e/ou ajustes em seus respectivos sistemas políticos e administrativos. Contudo, em função dos distintos níveis de organização/estruturação e em virtude das particularidades culturais e históricas de cada caso, respostas foram produzidas em direções variadas. Alguns países (i) adotaram a democracia como novo arranjo decisório institucional; outros (ii) vêm se empenhando em tornar mais efetivas as suas instituições democráticas já existentes; a (iii) criação de políticas compensatórias e/ou pautadas no reconhecimento da diferença, voltadas às minorias sociais, também passaram a ser mais difundidas; (iv) em alguns países foram tomadas medidas de reorganização territorial e redistribuição do poder decisório e administrativo, o que Stepan (1999) descreveu como a constituição de federações devolutivas (*devolutionary federation*); além do fato (v) das descentralizações política, fiscal e de competências (Arretche, 2012), com vistas à obtenção de melhorias em eficiência, efetividade e *accountability*, terem se tornado engenharias político-institucionais relativamente comuns. Embora os pontos elencados estejam, em certa medida, interligados, é especialmente sobre os dois últimos que

pretendemos nos debruçar neste trabalho, com foco no que ocorre(u) no caso mexicano.

Ora, já é amplamente conhecido o argumento de que a devolução, por parte do governo central, de fontes orçamentárias, recursos e competências aos governos regionais e locais melhoram os aspectos de controle e responsividade do setor público, tornando-o mais apto e ávido pelo desenvolvimento de novas e melhores formas de execução dos serviços ofertados à população. Sob tal perspectiva de compreensão, diversas formas de descentralização vêm sendo experimentadas por países industrializados e em desenvolvimento (Oates, 1999). No cenário internacional, encontramos experiências que vão da descentralização de competências com vistas à execução de determinadas políticas públicas; ao estabelecimento, para os governos regionais e locais, de estruturas político-decisórias e fiscais próprias. Da mesma forma, podem ser encontradas, também, evidências empíricas de que ambientes político-administrativos altamente descentralizados carecem de mecanismos que possibilitem haver coordenação das políticas implementadas por parte de algum dos níveis de governo – em especial do governo central –, principalmente quando se tratam de realidades nacionais com regiões e/ou localidades amplamente desiguais (Arretche, 2012).

Dito de outra forma, há na literatura, sustentada por evidências empíricas, o entendimento de que existem mecanismos pertinentes de gestão que são utilizados pelos governos centrais visando manter determinadas políticas públicas sob sua coordenação; ao passo que também existem medidas que visam garantir autonomia decisória às subunidades governamentais sobre parte das políticas públicas. No âmbito desta problemática, existem discordâncias analíticas sobre as perdas e ganhos impostos às subunidades governamentais com a adoção de tais procedimentos. Estas discordâncias podem ser visualizadas a partir de três distintas perspectivas presentes na literatura, pautadas em achados de pesquisas empíricas.

A primeira perspectiva advoga contra a centralização da autoridade sobre as políticas, o que geraria maior coordenação, no âmbito do governo nacional, por entender que tal configuração: (i) fere o princípio federativo básico da autonomia jurisdicional das subunidades governamentais (Riker, 1975; Dahl, 1986), (ii) é menos eficiente à adequação das políticas às distintas realidades jurisdicionais; tanto do ponto de vista do uso dos recursos públicos, quanto do conteúdo das intervenções (Oates, 1999; 2005; Tiebout, 1956); além (iii) da percepção de que, ao deixar, por exemplo, a função de

coordenação redistributiva a cargo do governo central, o aumento das desigualdades jurisdicionais torna-se mais provável, tendo em vista que em tal nível governamental haveria grupos regionais de atuação clientelista, com efetivas possibilidades de influenciar as decisões. Ou seja, as políticas públicas e transferências intergovernamentais seriam distribuídas desigualmente entre as jurisdições, sendo privilegiadas aquelas cujas elites são mais fortes no âmbito do governo central. Portanto, para tal perspectiva, tanto a autoridade decisória sobre as políticas públicas, quanto a autoridade sobre a execução das mesmas deveriam ser descentralizadas (Weingast, 1995).²

Um segundo ponto de vista, faz a discussão do problema no sentido inverso. Ou seja, a descentralização excessiva de autoridade às subunidades governamentais é que é vista como problemática; por prejudicar a coordenação e efetividade das políticas nacionais, além de aumentar as características de desigualdade entre as jurisdições. Tal ponto de vista está ancorado nas postulações de Wildavsky (1984), cujo entendimento central é de que: igualdade de resultados e instituições federativas são condições contrárias e incompatíveis. Para o autor, a prerrogativa das subunidades governamentais de posicionar-se de forma divergente, seja na relação com o governo federal ou com as demais subunidades, favoreceria a multiplicidade de ações e, conseqüentemente, a desigualdade entre as políticas implementadas no interior dos estados federados. De forma resumida, a perspectiva é crítica da concessão de autonomia às jurisdições, principalmente no que diz respeito à autoridade decisória fiscal e de elaboração de políticas públicas; mas, concorda com algum grau de descentralização de competências sobre a execução de algumas políticas, desde que haja centralização das decisões e/ou regulação pelo governo nacional.

Entretanto, uma terceira via, que percebemos como sendo de maior capacidade explicativa, entende que em função das distintas políticas públicas haverá necessidades, em contextos nacionais específicos, de níveis particulares de coordenação nacional e de autonomia das subunidades governamentais. A defesa é de que em função da relação entre arranjos institucionais e especificidades das políticas públicas, há um *trade-off* entre autonomia das jurisdições e melhoria dos serviços destinados à população, em que

² Salienta-se haver dimensões distintas de descentralização da autoridade sobre as políticas públicas. Existem substantivas diferenças entre: (a) descentralização de competências sobre a execução (*policy-making*); e (b) descentralização da autoridade decisória sobre as políticas (*policy decision-making*). A interação entre estes dois processos irá variar de política para política e, em muitos casos, um pode existir sem a presença do outro (Arretche, 2012). Dito de outra forma, a autoridade para executar políticas não necessariamente implica em autoridade para tomar decisões sobre as mesmas.

a centralização decisória se torna justificável ou, em alguns casos, imprescindível (Arretche, 2012). Ora, tal perspectiva não assume de forma irrefletida os argumentos de que (i) a adoção de instituições federativas, com efetiva descentralização decisória, necessariamente implica posteriores desigualdades entre jurisdições e políticas implementadas; nem (ii) que a centralização decisória é sempre menos efetiva no que diz respeito à adequação das políticas às distintas realidades jurisdicionais. Aqui, os graus de centralização e descentralização são sempre função da articulação entre (a) regras institucionais, (b) características particulares das políticas públicas e (c) a necessidade de intervenções específicas a partir das mesmas, em virtude das particularidades das realidades nacionais existentes.

Existem algumas proximidades desta última perspectiva com a apresentada anteriormente. Mesmo a partir de caminhos distintos, ambas defendem que, em alguma medida, as possibilidades de redução das desigualdades nacionais na oferta de serviços públicos passam pela centralização da autoridade decisória, no âmbito do governo central. O avanço desta terceira percepção, entretanto, está justamente no entendimento de que as interações entre os níveis de governo irão variar em função das distintas possibilidades de encaixe entre os fatores apresentados. Ou seja, tanto a descentralização da autoridade decisória quanto a descentralização executiva dependem das possibilidades de acomodação dos aspectos já mencionados: as regras institucionais, as características particulares das políticas públicas e a necessidade das intervenções provenientes das mesmas.

Chama-se a atenção do leitor ao interessante aspecto de que tal debate, sobre centralização e descentralização decisória, se desenvolveu no âmbito de uma literatura especializada – seja no campo da ciência política ou da economia – que articula relações intergovernamentais e federalismo. Ou seja, os autores não estão tratando, com raras exceções em que menções são feitas, de estados unitários. Ora, a julgar pelas preocupações daqueles que têm se debruçado sobre tal problema, pode-se entender que a forma como são arrançados os mecanismos institucionais internos às clássicas instituições federativas, pode tornar os estados constitucionalmente federados muito próximos dos estados unitários no que diz respeito à autonomia decisória sobre as políticas públicas. O que pode ser problemático para algumas realidades, mas um aspecto positivo e necessário para outras situações e casos – em especial quando se tratam de realidades nacionais com amplas desigualdades territoriais e sociais internas.

Nas próximas seções abordaremos como os aspectos apresentados nesta introdução ganham forma na federação mexicana de maneira geral e, especificamente, no caso da política de saúde existente no país. Será possível observar que, no que diz respeito às características de distribuição de competências e responsabilidades intergovernamentais, o processo histórico de constituição do Estado mexicano é tendente à adoção de estruturas centralizadas, ainda que haja um movimento descontínuo de adoção de instituições federadas ao longo da trajetória e, principalmente, que desde o início do século passado o país seja constitucionalmente uma federação.

No caso específico da política de saúde será possível notar que, ainda que a atenção à saúde tenha surgido no âmbito municipal, a tendência centralista do Estado teve reflexos na forma como o campo de intervenção se estruturou – especialmente no que diz respeito aos papéis atribuídos aos níveis de governo. É somente a partir do início dos anos 1980, quando o Estado mexicano adota um programa de descentralização de políticas públicas, que o campo da saúde estabelece uma distribuição de competências e responsabilidades substantivas para os níveis estadual e municipal de governo. Ainda assim, prevaleceram, nas últimas duas décadas, muitas das características centralistas já existentes. Além de uma configuração fragmentada de instituições, serviços e, conseqüentemente, possibilidades de acessos no setor.

Na próxima seção abordaremos, de forma breve, algumas das características centrais do processo de constituição do estado federado no México. Posteriormente, passamos à apresentação da política de saúde existente no país e, em seguida, de alguns dos passos do processo que forjou a configuração da distribuição de competências entre os níveis de governo no setor. Por fim, fazemos algumas análises retomando os aspectos teóricos apresentados na introdução.

Federalismo Mexicano: breve histórico e notas sobre as características recentes

Autores como La Fuente (1995), Arredondo (2001), Weingast (2003) e Théret (2015), entre outros, têm demonstrado que no período anterior à independência, datada do início do século XIX, o México era governado por um governo único e centralizado. Após a independência, a primeira constituição promulgada no novo período estabeleceu o modelo federalista para a organização do Estado.

Existem pontos de vista distintos sobre os motivos pelos quais a divisão dos poderes e o reconhecimento da autonomia política e administrativa de jurisdições internas se tornaram instituições concebíveis na organização do Estado Mexicano. Um conjunto de autores entende que o federalismo mexicano se estruturou a partir da influência e prestígio dos Estados Unidos da América (USA), se tratando inclusive de um conjunto de instituições artificiais, não aplicáveis à realidade do país – que por isto, só existiriam formalmente. Ao passo que outros autores defendem o ponto de vista de que, naquele contexto, haviam movimentos regionais por autonomização político-administrativa e que a adoção das instituições federativas implicou, na verdade, tentativa de manter tais grupos e territórios unidos ao país.

É curioso o fato de que poucos anos após a adoção do sistema federal, um movimento tenha se formado buscando novamente transformar o sistema estabelecido em um sistema unitário. Este grupo difundiu um argumento que imputava todos os problemas públicos existentes naquele período ao arranjo federativo existente (Cabrero, 2009). O mais interessante é que estes atores tiveram êxito em tal pleito, sem resistências substantivas dos estados que haviam se tornado autônomos nos recentes anos anteriores. Ocorreu, portanto, que em 1835, por meio da promulgação de sete leis constitucionais, o Estado Mexicano deu uma nova guinada em direção ao centralismo. Tais leis estabeleceram que o país fosse dividido em departamentos, governados por governadores; que estes departamentos fossem subdivididos em distritos, governados por prefeitos; e seções, governadas por subprefeitos. Com tal arranjo, que organizou as subunidades governamentais em departamentos, toda a estrutura pública passou novamente a estar sob a autoridade do governo central.

Entretanto, alguns anos mais tarde, uma nova constituição, promulgada em 1857, reconduziu o país à adoção do arranjo federativo, com níveis de governo autônomos. Conforme argumenta Cabrero (2009), ainda que a Constituição de 1857 tenha, em tese, permanecido vigente por sessenta anos, houve períodos, no decorrer destas décadas, em que as instituições federativas foram novamente desvirtuadas. O autor menciona como exemplos, o II Império Mexicano, na década de 1860, e o governo de Porfírio Díaz; nas duas situações o Estado Mexicano caminhou novamente, agora já de forma ziguezagueante, em direção à centralização governamental.

No início do século XX, foi promulgada a Constituição de 1917, que reafirmou a adoção do sistema federal no país. Mas, poucos anos depois, novos atores e estruturas

institucionais – com destaque para o “Partido Revolucionário Institucional (PRI), cuja plataforma política sempre teve como um dos aspectos centrais, a perspectiva de que o governo do país deveria se dar a partir do centro” – foram aos poucos desmontando o sistema federado formalmente estabelecido, a partir de mecanismos que garantiram ao presidente da república controle desproporcional sobre as decisões do país. Algumas das novas prerrogativas do presidente passaram a lhe permitir, por exemplo, nomear e retirar governadores dos seus postos e influenciar de forma determinante os processos legislativos e judiciais, tanto em nível federal, quanto estadual e local. Tal combinação de prerrogativas fez do mandatário do poder executivo federal mexicano um dos que detém maiores poderes constitucionais, quando comparado com líderes de outras democracias (Arredondo, 2001).

Durante os anos 1970, o país passou por um processo político de reorganização da sua estrutura jurídico-administrativa, levando-o ao que Cabrero (2009) classificou como a configuração federativa mais próxima das elencadas pelos trabalhos teóricos. Em virtude de tal processo, o Estado Mexicano passou a se constituir como uma organização com características de diversidade política territorial, inclusive com representações dos seus territórios específicos no congresso. Fato que não é trivial, dado que, conforme demonstram Arredondo (2001) e Weingast (2003), o Partido Revolucionário Institucional (PRI), criando em 1929, governou o país ininterruptamente até o ano 2000, exercendo forte influência e, por vezes, controle sobre os processos políticos que se desenvolviam no âmbito dos estados e municípios.

Ainda que, a partir do processo de reorganização da estrutura jurídico-administrativa, durante os anos 1970, tenham havido avanços no sentido de consolidação de um estado federado garantidor da autonomia dos seus entes constituintes, Cabrero (2009) argumenta que ainda existe um caminho relativamente longo para ser percorrido em tal direção, o que ocorre em função das práticas centralistas enraizadas desde o período colonial. O autor salienta que o desenho constitucional que passou a regular o sistema federal, após a década de 1970, é também uma evolução proveniente da constituição de 1917, cujas características e precedentes, conforme abordamos, não eram favoráveis a constituição de um Estado com características de pluralização política e descentralização de autoridade.

Atualmente, no que diz respeito à distribuição de competências e responsabilidades entre os níveis de governo, está estabelecido pelo artigo 133 da Constituição Mexicana,

que as leis federais são superiores às leis estaduais; mas, ao mesmo tempo, de acordo com o artigo 124, todas as atribuições que não foram destinadas ao nível federal são de responsabilidade dos estados membros (Mendonza, 2009). Ou seja, a julgar pelo estabelecido na constituição, no caso mexicano haveria uma espécie de “processo de cessão” dos estados ao governo central, que estaria constituindo o conjunto de competências e responsabilidades deste último a partir das renúncias dos primeiros (Cabrero, 2009). Neste sentido, os responsáveis originais por tais atribuições seriam os governos estaduais.

Ora, o que parece uma configuração contraditória, quando pensamos o processo centralista de constituição do federalismo mexicano, é, na verdade, uma falsa evidência, tendo em vista que todo o processo de repartição das competências entre os níveis de governo tem estado sob forte poder de influência e autoridade do governo central; tanto no que diz respeito à manutenção quanto à retirada de atribuições dos entes estaduais e/ou municipais.

Os municípios, por exemplo, foram reconhecidos como um terceiro nível de governo no México, pela primeira vez, com a promulgação da constituição de 1917. Contudo, naquela ocasião, não ficou estabelecido (i) que tal ente seria financeiramente autônomo; e também (ii) não houve preocupação com a criação de meios a serem utilizados para a resolução dos problemas entre os mesmos e deles com os estados ou governo federal. E ainda, os mesmos não tinham autorização constitucional para legislar, o que só era facultado aos estados.

Do ponto de vista decisório, os municípios gozavam apenas da prerrogativa de produção de alguns regulamentos internos e da tomada de decisões, com algum grau de autonomia, sobre suas respectivas administrações. Eles poderiam ainda se organizar em associações para prestar uma parte delimitada, pela constituição, dos serviços públicos destinados à população. A partir dos anos 1980, algumas alterações constitucionais foram procedidas, lhes garantindo poderes legislativos, ainda que sob as restrições estabelecidas pelas leis estaduais existentes. E, já nos anos 1990, outra reforma constitucional passou a admitir a existência e o tratamento de controvérsias entre todos os níveis de governo e de poderes. O que deu ao governo federal, aos estados e aos municípios, meios de defesa de um(s) contra o(s) outro(s) – uma importante medida de consolidação do federalismo, de fato, no país (Cabrero, 2009). Entretanto, os estudos também demonstram que as reformas constitucionais realizadas entre 1982 e 1993 não

possibilitaram avanços significativos em termos de qualidade e autonomia da gestão municipal do país.

É fato que, ao longo do século XX, as atribuições e autoridades relacionadas às diversas matérias públicas se tornaram cada vez mais concentradas no âmbito federal. Além de deter o controle sobre as empresas públicas federais, o Poder Executivo Federal do Estado Mexicano tem prerrogativas que lhe asseguram a incumbência de ser o condutor da economia nacional. Além disso, tal nível de governo é responsável pela execução da Lei de Planejamento, que determina que o mesmo deva apresentar, a cada seis anos, um Plano Nacional de Desenvolvimento a ser implementado por meio da criação de programas setoriais. Salienta-se que os estados e os municípios estão submetidos ao plano nacional e devem elaborar planos estaduais e locais subordinados às diretrizes contidas em tal documento.³

Arredondo (2001) argumenta haver no México uma cultura de inércia política, em que o domínio do executivo federal se estende aos dois outros níveis de governo, convertendo os governadores estaduais e os prefeitos municipais, formalmente autônomos, em atores dependentes das iniciativas implementadas pelo governo central. Para o autor, os procedimentos adotados para o funcionamento da federação mexicana têm colocado os municípios como meros coadjuvantes na dinâmica das relações intergovernamentais do país, principalmente no que diz respeito às possibilidades de tomar decisões sobre as políticas públicas criadas e implementadas.

É quase um consenso, entre os pesquisadores que têm se debruçado sobre o caso mexicano, que os estados têm permanecido sob o controle do governo federal, assim como os municípios estão sob o controle dos governos estaduais (Arredondo, 2001). De acordo com o autor, a dependência do nível municipal de governo aumentou quando o governo federal intensificou a assunção de responsabilidades pela garantia de serviços públicos básicos, como moradia, educação e atenção médica. Isto porque, o número de escolas, moradias, clínicas e hospitais, nas distintas municipalidades, passou a depender de decisões específicas do governo federal.

Ainda assim, argumenta o autor, as reformas de fortalecimento dos municípios iniciadas nos anos 1980 foram importantes, por se tratarem do fio condutor dos processos de

³ Cabe salientar que os poderes Legislativo e Judiciário do âmbito federal também estão posicionados acima dos seus similares existentes nas subunidades governamentais. Ainda que existam atribuições reservadas aos outros dois níveis de governo, o nível federal ocupa posição superior.

descentralização iniciados, posteriormente, no país; e também por terem iniciado o desenvolvimento de uma “cultura de descentralização”, em uma organização estatal de trajetória fortemente centralizadora – ainda que até o início de 1993 os impactos em tal direção tenham sido reduzidos; o que vai se fortalecer principalmente a partir de 1994, quando a proposta de descentralização de políticas públicas nacionais, entre elas a política de saúde, começou a se consolidar.

Mas Arredondo (2001) salienta, que dadas as características centralizadoras do PRI, o programa de descentralização implementado pelo governo mexicano, embrionariamente a partir dos anos 1980, mas como maior força entre 1994 e 2006 (principalmente quando tratamos do caso da saúde), não deve ser compreendido como resultado de um processo de reflexão, que levou à compreensão de que tal procedimento melhoraria a efetividade e eficiência das políticas implementadas. Na verdade, tratou-se mais de uma estratégia para conservar o poder político e fortalecer a legitimidade governamental que estava em risco. Ou seja, a intenção principal era conservar o PRI no governo central.

Para Cabrero (2009), o paradoxo de ter que abrir mão do poder – ou ao menos fazer parecer que isto estaria acontecendo – para poder mantê-lo, é uma das chaves conceituais para a compreensão da distribuição do poder entre os níveis de governo no Estado Mexicano. A proposta sempre foi centralizar o poder, descentralizando alguns dos aspectos de menor monta/importância do ponto de vista decisório e estratégico. Importa frisar que, no que tange a política de saúde, a partir de 2006, houve uma interrupção do processo de descentralização e um novo conjunto de medidas, com características de centralização, fora adotado, principalmente a partir da criação do Sistema de Proteção Social em Saúde e do Seguro Popular, conforme veremos na sequência.

No próximo tópico, portanto, abordaremos algumas das especificidades do desenvolvimento deste processo no campo da saúde, um dos mais importantes setores de política pública do México.

Política de Saúde no México: configuração atual, histórico e características do arranjo entre os níveis de governo

De início é preciso salientar que o atual sistema de saúde mexicano pode ser caracterizado como uma organização altamente segmentada; reflexo da trajetória de

formação das intervenções estatais neste campo de política pública, que seguiu múltiplas lógicas de configuração no que diz respeito, principalmente, ao acesso aos serviços.

Configuração atual da política de saúde no México

Em função dos distintos tipos de vinculação ao mercado de trabalho e das necessidades de parcelas específicas da população, estabeleceu-se um complexo conjunto de instituições garantidores do acesso à saúde, mas que em tese podem ser agrupadas em dois grandes blocos: (i) o dos arranjos contributivos, que funcionam na lógica do seguro social; e (ii) o sistema não-contributivo de proteção social em saúde.

No que diz respeito ao primeiro bloco, atualmente existem quatro importantes instituições de provisão de serviços de saúde no México que funcionam por meio de arranjos contributivos (Valencia, Foust e Tetreault, 2013):

A primeira e mais importante delas é o (a) Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS), que possibilita aos seus membros afiliados, assim como familiares e demais dependentes, o acesso à assistência médica, cirúrgica, hospitalar e farmacêutica. Outra importante organização é o (b) Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), cujos benefícios aos associados, familiares e dependentes não se restringem ao campo da saúde. Em tal área, o instituto viabiliza o acesso por meio de equipamentos próprios e de convênios com outras instituições públicas. São ofertados: serviços diagnósticos, atenção médica preventiva, tratamentos odontológicos, cirurgias, assistência farmacêutica, atenção materna, serviços de saúde mental e serviços de reabilitação. O ISSSTE possui um regime de adesão compulsória e outro que o trabalhador pode escolher se filiar ou não. O primeiro cobre os trabalhadores ativos e aposentados do setor público; com a ressalva de que os trabalhadores dos governos municipais precisam aderir ao regime, não sendo automática a vinculação. Já o regime voluntário oferece cobertura a ex-trabalhadores do setor público que tenham trabalho pelo menos 05 anos vinculados ao estado e que tenha interesse na adesão.

Existe ainda o (c) Instituto de Seguridade Social para as Forças Armadas Mexicanas (ISSFAM), que garante atenção médica integral aos militares ativos ou aposentados e seus familiares diretos, em instituições próprias ou conveniadas. Além da atenção

médica e cirúrgica, o instituto garante assistência médica preventiva e social, assistência hospitalar e farmacêutica, obstetrícia, próteses, ortopedia e serviços de reabilitação de pessoas com deficiências. E, por fim, temos os assistidos em função do vínculo ao (d) Contrato Coletivo de Trabalho para Trabalhadores do PEMEX/ Sindicato dos Trabalhadores Petroleiros da República Mexicana (STPMR). Aqui, os trabalhadores ativos filiados ao referido sindicato ou aposentados do PEMEX, assim como seus respectivos dependentes, têm direito a acessar um conjunto de serviços médicos integrados, incluindo: saúde preventiva, prevenção de riscos no trabalho, medicina geral e especializada e serviços cirúrgicos. A atenção é viabilizada diretamente pelo empregador ou de modo indireto, por meio de convênios e parcerias.

Passando a tratar do segundo bloco, do Sistema Não-Contributivo de Proteção social em Saúde, cabe salientar que em 2003 foi aprovada no México a “Lei Geral de Saúde”, com vistas a minimizar as graves limitações de acesso que são características do sistema contributivo e suas instituições de proteção por meio do seguro social, conforme apresentamos acima. Com a aprovação de tal lei visou-se garantir cobertura universal de saúde para todos os cidadãos mexicanos, além do estabelecimento de um Sistema de Proteção Social em Saúde, destinado às famílias que não acessam as instituições de proteção social listadas no primeiro bloco e que também não dispõem de recursos que lhes possibilitem acessar os serviços a partir de prestadores privados.⁴

O Sistema de Proteção Social em Saúde tem como principal instrumento, o “seguro popular” e seus incrementos dos últimos anos, como o “seguro médico para uma nova geração”, o “seguro para uma gravidez segura” e o “fundo de proteção contra gastos catastróficos”. Mecanismos com característica de (re)centralização da política, tendo em vista que os mesmos são operados pelo governo federal, fugindo da proposta de descentralização dos serviços de saúde, implementada a partir de meados nos anos 1990. Em 2002 já havia o entendimento, no âmbito federal, da necessidade de promover mudanças na política de saúde, sob o entendimento de que a proposta descentralizada não havia logrado êxito em vários aspectos; dado que, praticamente a metade da população mexicana ainda não tinha acesso aos serviços de saúde.

Importa frisar que, conforme demonstram Valencia, Foust e Tetreault (2013), embora tenha perspectiva não-contributiva, o “seguro popular” também tem características contributivas. Ora, o mesmo está estruturado por meio da combinação de aportes

⁴ No México, existem também instituições e sistemas de seguro de saúde totalmente privados.

financeiros das famílias assistidas, com o financiamento estatal. Sendo que, somente estão desobrigadas de aportar recursos financeiros, as famílias localizadas, estatisticamente, nas décimas partes de menor renda e que, por isso, não têm como contribuir. As famílias podem se filiar ao seguro de forma voluntária e o tipo de vínculo dependerá, portanto, das condições socioeconômicas dos postulantes. Os vínculos de filiação estabelecidos devem ser renovados anualmente, de forma a garantir verificação de que a situação das famílias permanece condizente com o tipo de vinculação estabelecida, ou seja, com ou sem aporte de recursos.

Sobre as características específicas dos seguros incrementais ao seguro popular, cabe explicitar que o chamado “seguro médico para uma nova geração”, é uma modalidade que dá cobertura às crianças nascidas a partir de 1º de Dezembro de 2006, data em que se iniciou o governo de Felipe Calderón. Formalmente, a garantia de cobertura é para todas as crianças nascidas a partir de tal data, que poderão gozar do acesso a 100% dos serviços prestados pelos centros de saúde de primeiro nível e 95% dos serviços hospitalares; além de medicamentos, consultas e tratamentos. No total, este seguro cobre 128 tipos de intervenções médicas.

Já o “seguro para uma gravidez segura” é desenvolvido, centralmente, por meio de um programa criado em 2008 – “Programa Gravidez Saudável” – com o objetivo de reduzir a mortalidade materna nas áreas mais isoladas do país. Este programa passou a garantir a cobertura de 15 serviços médicos ligados a diversos tipos de complicações que podem afetar as mulheres antes, durante e depois do parto (Valencia, Foust e Tetreault, 2013). Por meio deste seguro as mulheres passaram a ter acesso também aos serviços de alta complexidade, que são garantidos pelo outro mecanismo incremental criado, o “fundo de proteção contra gastos catastróficos”. Este fundo oferece cobertura para 40 tratamentos correspondentes a oito enfermidades distintas. Mas, nem todas as demandas são atendidas, por depender da capacidade financeira, de momento, do fundo; e de uma avaliação a ser realizada por um comitê técnico.

Conforme argumentam Valencia, Foust e Tetreault, 2013, este conjunto de possibilidades de associação ao “seguro popular”, garantem um documento de identidade aos beneficiários, de modo que os mesmos possam demonstrar suas respectivas/específicas filiações ao seguro; e para que possam acessar os serviços disponibilizados pelos equipamentos públicos de saúde. Para tanto, existe também um documento denominado “Catálogo Universal de Serviços de Saúde”, que conta com

uma lista de 275 intervenções médicas (primárias e hospitalares). Conforme argumentam os autores, apesar dos avanços que estas modalidades possibilitaram, no que diz respeito à ampliação do acesso aos serviços de saúde no país, elas também contribuem para a reprodução de um padrão segmentado de entrega de serviços à população, por entregarem distintos níveis de proteção aos beneficiários. Além disso, cabe salientar que os serviços ofertados no âmbito do sistema público “não-contributivo” são consideravelmente mais limitados do que aqueles financiados e ofertados pelas instituições que compõem o arranjo contributivo.

Ora, portanto, o emprego formal acaba sendo, no caso mexicano, a principal porta de entrada para o arranjo contributivo de atenção à saúde. Contudo, apenas a metade da população do país tem acesso às instituições que compõe tal alternativa; o que se deve ao fato de haver no país um grande número de cidadãos que oscilam entre o desemprego e o trabalho informal. Ou seja, dada a estrutura da política de saúde, existem ainda desafios consideráveis para que se alcance o nível de proteção universal em saúde, conforme fora estabelecido pela Lei Geral de Saúde em 2003. Ainda assim, no que concerne à atuação estatal, existem incumbências distintas aos três níveis de governo do país no que diz respeito à implementação das ações formuladas.

Em seguida, abordaremos algumas das características interfederativas da política, com ênfase no processo de descentralização ocorrido a partir do início dos anos 1980.

O processo que deu origem ao arranjo da política de saúde entre os níveis de governo e suas implicações: um breve resumo

A prestação de serviços públicos de saúde no México têm suas origens nos municípios, que no início do século passado executavam ações precárias e insuficientes do setor, inicialmente de forma independente. A percepção das limitações das atuações existentes foi um dos motivadores da criação, pelo Poder Executivo Federal, ainda naquele período, de um organismo com ampla capacidade para destinar recursos e normatizar ações (i) contra epidemias e (ii) voltadas à melhoria do saneamento das áreas urbanas. Este era o “Departamento de Salubridade Geral”, um órgão de assessoria e gestão que atuava, também, na promoção de articulações junto ao legislativo e aos demais níveis de governo, com vistas a produzir as decisões e ações necessárias à saúde da população (Arredondo, 2001). Até o final dos anos 1920, este era o principal arranjo da política de

saúde que permitia algum tipo de atuação coordenada entre o governo federal, os estados e os municípios.

Com a grande depressão nos anos 1930, a escassez de recursos levou o governo federal a adotar, de forma mais intensificada, medidas de atuação conjunta com o nível estadual de governo; além do mesmo ter passado a fortalecer, por meio de subvenções financeiras, as ações das organizações trabalhistas que ofertavam serviços assistenciais aos seus associados (La Fuente, 1995). Alguns anos depois, já na década de 1940, dadas as escolhas de intervenção realizadas, já era possível perceber a existência de três linhas centrais de financiamento público da saúde no país – que são praticamente as mesmas existentes atualmente, a saber: (i) um montante destinado às campanhas sanitárias de saúde pública; (ii) outro destinado aos serviços assistenciais de natureza coletiva, voltados à totalidade dos cidadãos residentes nos estados e municípios; e, por fim, (iii) a destinação de recursos públicos à instituições de natureza privada que funcionavam a partir de contribuição tripartite (trabalhadores, empregadores e governo), ofertando serviços de atendimento pessoal a grupos sociais estratégicos à produção econômica (Arredondo, 2001).

Estas três linhas de alocação dos recursos públicos foram determinantes no processo de configuração do modelo atual da política de saúde, apresentado na seção anterior. A fundação do sistema de saúde mexicano data de 1943, ano em que foi criado o já mencionado Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), mas também a Secretaria de Salubridade e Assistência (SSA). O IMSS fora criado centralmente para canalizar os montantes das contribuições tripartites, que ficavam sob a coordenação do governo federal. Naquele contexto, tratava-se de um modelo difundido internacionalmente e adotado em diversas nacionalidades; além disso, dada a baixa oferta de serviços privados e o entendimento de que o Estado poderia ser um promissor e estratégico prestador de assistência médica (dadas as suas capacidades administrativas), a proposta materializada no IMSS também estava alinhada aos anseios do Estado Mexicano, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento social quanto ao desenvolvimento econômico (La Fuente, 1995). Já a SSA foi estabelecida com o objetivo de destinar recursos aos serviços de saúde pública, também coordenados pelo governo federal. Mas, a proposta era também de proporcionar uma cobertura mais condizente com as necessidades da

grande parcela da população que havia ficado às margens do sistema estabelecido pelo IMSS, em sua maioria tratava-se de trabalhadores rurais, informais e desempregados.⁵

Ocorreu que, a partir dos anos 1960, já passado o contexto de crise fiscal, o PIB mexicano cresceu a taxas superiores a 6% ao ano, período em que o IMSS duplicou sua cobertura, ao mesmo tempo em que os serviços da SSA também foram ampliados e regionalizados, tanto no meio rural quanto no meio urbano. Contudo, adentrando a década de 1970, agudizou-se uma grande sobreposição de atuações e responsabilidades estatais no âmbito da política de saúde, tanto no que diz respeito aos serviços ofertados aos segurados do IMSS, quanto das prestações assistenciais da SSA, além da existência de serviços assistenciais próprios dos estados e municípios. Tal cenário explicitou as dificuldades de coordenação das ações existentes no setor de saúde, fazendo com que, em 1983, fossem iniciados os primeiros procedimentos voltados à viabilização do processo de federalização do sistema de saúde mexicano.

No período em que o processo de descentralização se tornou um eminente eixo condutor da implementação das políticas públicas no México, o argumento difundido era de que o centralismo característico da organização do Estado, vigente até então, havia prejudicado a capacidade de implementação de serviços coordenados, eficientes e efetivos no campo da saúde. Naquele contexto, havia nos estados, por exemplo, os chamados “Comitês para o Planejamento do Desenvolvimento (COPLADE)”, que eram órgãos criados para promover a descentralização das decisões, mas que estavam mais alinhados às necessidades do nível federal do que às demandas dos governos locais (Arredondo, 2001).

Cabe salientar que a descentralização das políticas nacionais e estatais no campo da saúde, principalmente a partir dos anos 1990, tiveram significados e impactos mais amplos do que os verificados exclusivamente no setor. Tratou-se de uma tese/proposta governamental de perspectiva mais ampla, que objetivava diluir o centralismo e reorientar as atividades ligadas à proteção social a partir de um novo paradigma. Especificamente no campo da saúde foi empreendida uma ampla reforma, com a perspectiva de estabelecer e consolidar o Sistema Nacional de Saúde; e adotar a atenção preventiva como paradigma condutor dos programas já existentes (La Fuente, 1995).

⁵ Outra importante instituição de proteção social em saúde, também já mencionada, o Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE) foi criado em 1959.

Conforme demonstra Arredondo (2001), naquela ocasião procedeu-se um processo político, jurídico e administrativo de transferências de competências e recursos que estavam centralizados no âmbito do governo federal, para os governos estaduais e municipais. Estes passaram a ser responsáveis pela coordenação de políticas de saúde em suas respectivas jurisdições, ainda que sob a responsabilidade das autoridades estatais. Nas palavras do autor, objetivou-se: “(...) *mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud bajo la gestión de las autoridades locales, para fortalecer el federalismo, coadyuvar a la consolidación del Sistema Nacional de Salud* (...)” (ARREDONDO, 2001: 12).

Como desdobramentos deste processo, houve mudanças nas constituições estaduais e tal nível de governo passou a produzir suas respectivas “leis estatais de saúde”, além de diversos decretos e regulamentações com vistas ao desenvolvimento de atuações mais condizentes com as necessidades das distintas realidades territoriais existentes. E ainda, diversos acordos foram estabelecidos e instrumentos de coordenação criados para promover as relações entre o governo federal, os estados e as municipalidades. Entre estes, duas estratégias se destacaram: a “coordenação programática” e a “integração orgânica”. A primeira tratou-se da realização de um processo de aproximar as distintas instituições que compunham o Sistema Nacional de Saúde; e a segunda, na implementação de um conjunto de procedimentos mais complexos, de fusão de agências locais, programas federais e serviços prestados pelas distintas instituições provedoras dos serviços de saúde, no intuito de forjar o que deveria ser considerado “serviços estatais de saúde”, que passariam a estar sob a responsabilidade do governo do Estado.

No âmbito do governo federal, foram implementadas instâncias de coordenação das ações de saúde no seu próprio âmbito e, também, das propostas que passaram a ser desenvolvidas de forma concertada com os outros dois níveis de governo. Alguns dos mecanismos criados com o objetivo de promover a coordenação em âmbito nacional foram: o “comitê de descentralização dos serviços de saúde à população aberta”, voltado à garantia da implementação das políticas e estratégias de descentralização; além da transformação do Conselho Nacional de Saúde, em instância de coordenação das ações desenvolvidas entre o governo federal e os governos estatais. Cabe explicitar que no final da primeira fase da descentralização, ocorrida entre 1985-1987, 14 das 32 unidades federadas estaduais haviam aderido à nova configuração descentralizada de implementação das políticas de saúde. Ao passo que, no decorrer da segunda fase, em 1995, todos os estados haviam aderido.

Como vimos, a partir de meados dos anos 2000, embasado no argumento de que a proposta descentralizada não havia logrado êxito em vários aspectos – tendo em vista que praticamente a metade da população mexicana ainda não tinha acesso aos serviços de saúde –, o governo federal criou o Sistema de Proteção Social em Saúde e o Seguro Popular e seus incrementos. Mecanismos que implicaram (re)centralização da política por serem operados pelo governo federal; e por apresentarem dessintonia com a lógica descentralizada que se consolidou entre meados dos anos 1990 e início dos anos 2000.

Em que pese ter havido avanços no compartilhamento, por parte do governo federal, das atribuições e competências da política de saúde com os estados e municípios; o que gerou uma ampla reconfiguração dos arranjos institucionais existentes até então; e proporcionou alterações também substantivas na dinâmica de funcionamento do setor, a política de saúde no México ainda carece de uma coordenação mais efetiva dos distintos aspectos, serviços, atendimentos e instituições existentes em seu interior (Arredondo, 2001). Ainda existem duplicidades importantes e tendências centralistas que têm levado a uma burocratização pesada, que segue cerceando as atuações estatais e municipais. Cabe explicitar também que, no que diz respeito ao financiamento, os fluxos estabelecidos dos níveis superiores aos inferiores, estão desenhados para apoiar um sistema centralizado, em que os critérios de equidade, eficiência e efetividade não são substantivamente considerados (Arredondo, 2001; Valencia, Foust e Tetreault, 2013).

Considerações Finais

Este trabalho objetivou apresentar uma organização breve sobre a configuração do sistema federativo mexicano e as características do arranjo federativo da política de saúde estabelecida em seu interior. Vimos que a trajetória de constituição das instituições federativas no México guardam características marcantes de tendência à configuração de arranjos decisório-administrativos que concentram poderes no âmbito do governo central. Ao que tudo indica, em virtude da configuração da macro estrutura estatal, a trajetória do campo da saúde seguiu um processo de formação semelhante, no que diz respeito à distribuição de competências e autoridades sobre as ações desenvolvidas no campo. Até o final dos anos 1970, estados e municípios não eram considerados, enquanto entes federados autônomos, no jogo decisório voltado à definição do desenho e implementação da política. Pode-se dizer que, em linhas gerais,

tanto a autoridade decisória quanto a autoridade sobre a execução estavam concentradas no governo federal.

As mudanças a partir dos anos 1980 de fato caminharam no sentido da implementação de um modelo descentralizado da política; contudo, em que pese os avanços ocorridos, especialmente no que diz respeito à autonomia sobre a execução das políticas, que passaram a estar parcialmente sob a autoridade dos estados e municípios, os aspectos centralistas enraizados na organização do Estado Mexicano, ainda podem ser observadas de maneira bastante objetiva. Ora, parece que o caso Mexicano se assemelha ao de outras nacionalidades latino-americanas que, por terem passado por longos períodos de organização estatal não democrática e terem uma trajetória centralista dos poderes relacionados de gestão, têm uma tendência enraizada à concentração dos poderes políticos mais amplos e, também, aqueles relacionados à formulação e implementação das políticas públicas, mesmo se tratando de estados constitucionalmente federados. O leitor, contudo, pode se perguntar se dadas as características de desigualdades de diversas ordens existentes nestes país, se a concentração para o exercício da coordenação e redistribuição não seria algo necessário.

Referências

ARREDONDO, Armando. **Federalismo y Salud: Estudio de caso sobre el sistema de salud en México**. Published by the Forum of Federations. Octubre, 2001.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV e Fiocruz, 2012. 232p.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Estado Federativo e políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Renavan, São Paulo: FAPESP, 2000. 304p.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil. Problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, 18(2): 17-26, 2004.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 45, nº3, 2002a, pp.431 a 458.

DAHL, Robert A. Federalism and the Democratic Process. In. **Democracy, Identity and Equality**. Oslo, Norwegian University Press, pp. 114-126, 1986.

DE LA FUENTE, Juan Ramon. **Federalismo y salud**. Foro Nacional Hacia un Auténtico Federalismo. Guadalajara, jal. Marzo, 1995.

- DILLINGER, William. FAY, Marianne. From Centralized to Decentralized Governance. Issues for the new millennium. **Finance & Development**, December, 1999.
- VALENCIA, Enrique. FOUST, David. TETREULT, Darcy. **Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: México**. Santiago de Chile: CEPAL, 2013.
- MACHADO, José Ângelo. Gestão de Políticas Públicas no Estado Federativo: apostas e armadilhas. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 51, nº2, 2008, p. 433-457.
- CABRERO, Henrique. **Para entender el Federalismo en los Estados Unidos Mexicanos**. México: Editorial Nostra, 2009.
- NORTH, D. **Institutions, institutional change and economics performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- OATES, Wallace E. An Essay on Fiscal Federalism. **Journal of Economy Literature**, Vol. 37, Nº 3. (Sep., 1999), p. 1120-1149.
- OATES, Wallace E. Toward A Second-Generation Theory of Fiscal Federalism. **International Tax and Public Finance**, 12, 349-373, 2005.
- RIKER, Willian H. **Federalism, Origin, Operation, Significance**. Little, Brown and Company, 1964.
- RIKER, Willian H. Federalism. In: GREENSTEIN, F. POLSBY, N. **Handbook of Political Science**. Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company, v.5, 1975.
- RIKER, Willian H. Six books in search of a subject or does federalism exist and does it matter? **Comparative Politics**, Out. 1969.
- STEPAN, A. Para uma análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que ampliam ou restringem o poder do demos. **Dados**, v.42, nº2, Rio de Janeiro, 1999.
- THÉRET, Bruno. La diversidad de los federalismos en América Latina: Argentina, Brasil y México. In. BIZBERG, Llán. **Variedades del capitalismo en América Latina: los casos de México, Brasil, Argentina y Chile**. El Colegio de México, Centro de Estudios Internacionales, 2015.
- TIEBOUT, Charles M. A Pure Theory of Local Expenditures. **The Journal of Political Economy**, Volume 64, Issue 5 (Oct., 1956), 416-424.
- TSEBELIS, G. Veto Players: **How Political Institutions Work**. New York, Princeton University Press, 2002, p. 136-160.
- WEINGAST, Barry R. **The Performance and Stability of Federalism, Mexican Style: an institutionalist perspective**. Forum Series on the role of institutions in promoting economic growth. Washington: June, 2003.
- WEINGAST, Barry. The economic role of political institutions: market-preserving federalism and economic development. **The Journal of Law, Economics and Organization**, v.11, 1995.
- WILDAVSKY, Aaron. **The cost of federalism**. London: Transaction Book, 1984.