



PRODUCCIÓN LEGISLATIVA EN SALUD EN LOS ESTADOS DE AMAPÁ, MINAS GERAIS Y PARÁ (2004-2010)

Raimunda Eliene Sousa Silva¹
Maria Dolores Lima da Silva²
Camila Maria Risso Sales³

Resumen: La investigación sobre la producción legislativa en Brasil permite comprender las relaciones entre los poderes Ejecutivo y Legislativo, así como verificar el papel de las instituciones políticas en la definición de las políticas públicas. Este trabajo académico tiene como objetivo analizar la producción de legislación sobre el tema de la salud en el período de 2004 a 2010 en los estados de Amapá, Minas Gerais y Pará, en Brasil, con el objetivo de identificar la contribución de los estados a la realización de estos derechos de ciudadanía. Para esto fin, realizaremos un análisis exploratorio de los datos recopilados en las Asambleas Legislativas, específicamente los proyectos de leyes ordinarias (PLO), con el objetivo de identificar las propuestas de legislación, sus ritos y tiempos de tramitación. Encontramos que en los estados analizados existe una dinámica interna entre los poderes Ejecutivo y Legislativo orientada a la producción legislativa en el tema de la salud.

Palabras clave: Ejecutivo-Legislativo; Producción Legislativa; Descentralización.

1 Introducción

El modelo de Estado acordado por los constituyentes brasileños en 1988 instituyó la creación de programas de protección social con alcance universalista, teniendo como objetivo promover bienes públicos esenciales para la población. En lo que concierne a las atribuciones de los poderes y sus relaciones, el Legislativo, en interacción con el Poder Ejecutivo, vio su legitimidad afirmada para actuar en la definición de políticas públicas, así como también fueron creados canales de interacción con la sociedad civil para participar de ese proceso en el Estado democrático de derecho.

En Brasil, el diseño de políticas públicas pasa por un modelo institucional de descentralización política, aunque esto no significa que la autonomía de los gobiernos subnacionales se convierta en capacidad concreta de efectividad de políticas públicas. Las inversiones en programas sociales son derivadas de las reglas constitucionales que obligan a los estados y municipios a invertir en determinados porcentajes para diferentes sectores y/o servicios, considerados fundamentales para la vida colectiva, existiendo, de hecho, una restricción en la creación de políticas públicas por los gobiernos estaduais en función de que los recursos

¹ Graduada en Ciencias Sociales y cursando master en Ciencia Política por el Programa de Posgrado en Ciencia Política de la Universidad Federal de Pará.

² Doctora en Ciencia Política por el IUPERJ; Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales y del programa de Posgrado en Ciencia Política de la Universidad Federal de Pará.

³ Doctora en Ciencia Política, profesora del curso de Licenciatura en Administración Pública de la Universidad Federal de Labras y de los Programas de Posgrado en Administración Pública (UFLA) y en Estudios de Frontera (UNIFAP).

presupuestarios son limitados. Asimismo, la concentración de poderes en el ejecutivo federal reduce la autonomía de los gobiernos estatales y municipales en la creación de políticas públicas, hecho destacado por los estudiosos en el caso específico de la política de salud.

Ante lo expuesto, este estudio analiza la producción legislativa en los estados de Minas Gerais (MG), Amapá (AP) y Pará (PA) en el período de 2004 a 2010, con el fin de entender la actuación de los diputados estatales en la creación de políticas de salud, así como verificar si la concentración de poder decisorio en políticas de salud en el gobierno federal interfiere en las iniciativas de producción legislativa sobre salud en ámbito estadual (ARRETCHE; VAZQUEZ; GOMES, 2012). Se busca verificar si los diputados estatales tienen iniciativas para crear políticas de salud y si existe alguna diferencia entre los estados en términos de producción legal volcada a esa temática.

El período de análisis fue definido en función de, primeramente, tratarse de una coyuntura en que la descentralización de la política de salud ya está consolidada (ARRETCHE; MARQUES, 2007) y, además, por iniciarse en 2004 un contexto económico y político favorable al protagonismo en pro de políticas sociales, al menos en nivel nacional (FAGNANI, 2011; ALMEIDA, 2004), lo que podría reflejarse en el ambiente político estadual. Asimismo, la indisponibilidad de datos en la página de internet de algunas Asambleas Legislativas determinó la limitación del período de análisis en 2010 a solo dos estados del Norte y Minas Gerais⁴.

El Poder Ejecutivo concentra mayor capacidad decisoria en comparación al Poder Legislativo, tanto en nivel nacional como estadual, aprobando de manera más rápida sus propuestas, lo que confiere mayores posibilidades para la proactividad del ejecutivo en la creación de políticas sociales. Sin embargo, constatamos a través del análisis de proposiciones legislativas en la Asambleas de los estados, que los diputados se ocupan por proponer leyes dirigidas a áreas sociales. Todas las Casas Legislativas poseen en su estructura Comisiones de mérito creadas para analizar propuestas dirigidas al área de salud, por ejemplo. Esto hace que las investigaciones de la producción legislativa en esa área específica propongan una cuestión analítica relevante para la Ciencia Política. Los estudios dirigidos al proceso de descentralización de la política de salud dejan en abierto un análisis empírico sobre la producción legal de salud en ámbito estadual. En la segunda sección de este trabajo presentaremos algunas reflexiones que tratan del contexto institucional de producción de legislación en nivel nacional y estadual.

En este trabajo, haremos un relevamiento cuantitativo a partir de un enfoque exploratorio sobre los proyectos de legislación volcados al área de salud, recogidos en las Asambleas Legislativas de los estados de MG, AP y PA, observando también los ritos por los cuales pasan

⁴ Los datos fueron reunidos en el ámbito del estudio “Legislativos, políticas públicas y *accountability*” (MCTI/CNPQ/Universal 14/2014 – proceso 457153/2014-8) que enfocaba toda la región norte y algunas Asambleas de otros estados, como la Asamblea de Minas Gerais, pero enfrentó dificultades en la reunión de datos en las Asambleas Legislativas de los estados del Norte, con excepción del estado de Amapá.

tales proyectos y el tiempo de tramitación. Esta elección tuvo en cuenta la capacidad institucional del legislativo mineiro ya comprobada por los analistas, así como el interés de las autoras por los demás estados *locus* del estudio (PA, AP), en función de ser poco expresivos los estudios sobre los Legislativos de la región Norte (FUKS; FIALHO, 2009; NUNES, 2013; SILVA; FAVACHO; MORBACH, 2012). De la misma forma, el análisis a partir de datos de los legislativos de estados de diferentes regiones del país tiene el potencial de ofrecer indicativos para futuros estudios comparados.

Analizar el proceso de producción de legislación volcada a las áreas de políticas públicas sociales es importante, también, para reflejar la capacidad del Legislativo en ámbito local. Tratándose del contexto institucional brasileño, se debe observar las arenas institucionales relevantes para la concretización de las políticas públicas, lo que hace de la esfera estadual un *locus* relevante de reflexión, en función de la naturaleza federativa del Estado Brasileño. En ese sentido, el alcance de este análisis atiende tanto a los intereses de los estudios legislativos, como a los estudios del campo de políticas públicas, visto que identificar las acciones de los actores políticos en el sentido de la promoción de políticas amplía la comprensión al respecto de la asignación de recursos públicos en beneficio de los ciudadanos.

Nuestro argumento será presentado en dos secciones, además de esta introducción y de las consideraciones finales. En la próxima sección haremos una exposición, a través de estudios bibliográficos, sobre la institucionalización de la política de salud en Brasil a partir de 1988, así como presentaremos los enfoques sobre el Poder Legislativo y sus relaciones con el Poder Ejecutivo durante el proceso de producción de legislación. En la tercera sección abordaremos, más detenidamente, la producción legislativa sobre salud en los estados de AP, PA y MG, presentando elementos regulatorios sobre el funcionamiento de las respectivas Asambleas Legislativas y los resultados del estudio.

2 Análisis institucionales y los estudios de políticas públicas de salud en Brasil

El debate sobre políticas públicas permite varios enfoques, entre los cuales se destaca la teoría institucionalista que ofrece elementos importantes para la comprensión de los mecanismos político-institucionales movilizados en las decisiones en torno de la formulación e implementación de las políticas públicas (ARRETCHE; MARQUES, 2007; ARRETCHE; VAZQUEZ; GOMES, 2012; IMMERGUT, 1996). Las instituciones poseen características intrínsecas que influyen en el diseño de las políticas, así como en la orientación de los actores interesados en la efectividad de las mismas. Esa perspectiva sustenta que reglas formales e informales condicionan los resultados de las políticas públicas por ser capaces de controlar y/o inducir las decisiones de los agentes políticos. En el contexto de Brasil, la perspectiva de análisis institucionalista es fructífera tanto para el entendimiento de la estructuración federativa de la política de salud (ARRETCHE, 2012; FUERTES, 2012), como para el análisis del proceso

decisorio de políticas públicas en el Poder Legislativo (ALMEIDA JÚNIOR, 2013; BAPTISTA, 2010), cuando los actores se movilizan en el formato institucional específico del presidencialismo de coalición brasileño (ABRANCHES, 1988).

Una breve síntesis de ese tipo de enfoque es útil en nuestro análisis de la producción legislativa de salud en las asambleas estatales y será presentado a continuación a través de algunas referencias del campo de políticas públicas y de los estudios legislativos. Estos muestran que tanto la estructuración de la política de salud en Brasil como los procesos de toma de decisión que pueden alterarla, expandirla o limitarla son elecciones políticas que cuando visualizadas institucionalmente nos posibilitan evaluar las posibilidades y obstáculos al involucramiento de los actores políticos en la promoción de políticas públicas.

2.1 La política de salud en el contexto institucional federativo brasileño

Después de la Constitución de 1988, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) por la ley 8.080/1990, Brasil pasó a organizar un sistema de salud de carácter universal, público y gratuito. Como función intergubernamental, compete a la Unión el papel de financiar y formular políticas de salud nacionales y coordinar las acciones de los gobiernos subnacionales, teniendo el Ministerio de la Salud (MS) amplia autoridad para decidir sobre ese sector. Conforme Arretche y Marques (2007) entre 1995 y el año 2000 la participación de los municipios con respecto a la provisión de servicios ambulatorios creció significativamente y, a pesar del bajo crecimiento de los servicios de internación hospitalaria, los municipios se aislaron en la delantera de la provisión de estos, en comparación con los estados. Además, los instrumentos de coordinación del gobierno nacional acaban por controlar los niveles de los gastos e inducen las elecciones de las instancias subnacionales sobre los tipos de políticas a ser creadas.

Aunque las instancias de gobierno, nacional, estadual y municipal poseen competencias comunes en la mayoría de los servicios públicos, la finalidad del federalismo cooperativo se frena en las distintas capacidades de los gobiernos subnacionales para crear políticas públicas. Souza (2005) observa que la Carta de 1988 al detallar competencias para las entidades subnacionales dejó poco margen de interferencia para que los gobiernos estatales creen políticas sociales en nivel local. Estados y municipios quedarían “atados” por las reglas, lo que dificultaría la provisión de determinados servicios públicos que atiendan a las demandas sociales locales.

El SUS ofrece soporte a la atención primaria, preventiva o secundaria, realizando la articulación intergubernamental, pero los gobiernos estatales poseen fuerte dependencia del gobierno central para cooperar. Siendo así, la articulación se da de modo que el MS traspasa los recursos financieros y las esferas subnacionales ejecutan los servicios (COSTA, 2004). Como los gobiernos estatales dependen en gran medida de los recursos nacionales, el MS impone reglas para que todos los estados asuman compromiso con el SUS y adopten programas relacionados a los intereses locales de protección de la salud (ARRETCHÉ; MARQUES, 2007).

Los gastos sociales son resultados de los principios institucionales que establecen reglas para cada ente federativo, determinando porcentajes de inversión en programas sociales. En el caso específico de la salud, los instrumentos de coordinación del gobierno nacional inducen las elecciones de los gobiernos sobre los tipos de políticas a ser creadas. A partir de la propuesta de Enmienda Constitucional N° 29/2000 (EC 29/2000), hubo un aumento de la participación de los estados en lo que se refiere a inversión en salud dado que estos fueron inducidos a mejorar el compromiso con la producción de políticas volcadas a este tema. La unión, de este modo, impuso para todos los estados la responsabilidad de destinar un 12% del total de sus tributos a la salud, y en los municipios ese porcentaje sería del 15%. Ante esas condiciones las unidades subnacionales deberían adecuarse a las nuevas reglas institucionales creando soluciones para las cuestiones básicas de salud (ARRETCHE, 2012; FUERTES, 2012).

Sin embargo, los incentivos a las políticas subnacionales, introducidos por la EC 29/2000, no fueron suficientes para un aumento efectivo de políticas de alcance más amplio, dado que las circunstancias socioeconómicas de cada estado se reflejan directamente en la provisión de determinados servicios públicos. Estados más desarrollados económicamente tienen mejores condiciones de crear políticas condicentes con su realidad y promover servicios públicos de calidad para su población que los estados más pobres.

En la Carta de 1988 se optó por el formato de competencias comunes para los entes federativos, en que todas las esferas políticas son autorizadas a crear programas de políticas sociales. Sin embargo, en esa perspectiva de descentralización política, aunque los gobiernos locales sean electos directamente y se comprometan a crear políticas que atiendan a las demandas locales, sus decisiones son limitadas por las reglas nacionales que reglamentan financieramente las políticas públicas subnacionales e imponen obstáculos a las decisiones sobre sus actividades (ARRETCHE, 2012; COSTA, 2004).

¿En esa perspectiva de estructuración del federalismo brasileño, existiría espacio para la actuación de parlamentarios con respecto a las prerrogativas legislativas de responder a las necesidades locales con iniciativas de leyes volcadas a políticas de salud? En la próxima subsección presentamos algunos análisis sobre el perfil de la producción legislativa sobre salud en el contexto institucional que estructura la división entre los poderes ejecutivo y legislativo en Brasil y en las esferas de poder locales.

2.2 La promoción de políticas de salud en el contexto institucional del Poder Legislativo

Con la recomposición del régimen democrático en Brasil, a partir de 1988 el Poder Legislativo pasó a actuar de forma más directa en el proceso de producción de políticas públicas. No obstante, el Poder Ejecutivo posee una fuerte influencia sobre el Legislativo, concentrando amplios poderes para controlar los trabajos en la Cámara de Diputados. Estudios sobre políticas de salud en la Cámara de Diputados destacan que gran parte de las políticas volcadas al área de

salud tuvieron interferencia directa del Ejecutivo Federal. Esa característica demuestra la capacidad que el Ejecutivo tiene de utilizar los recursos que están a su disposición para implementar políticas con alcance amplio. Amorim Neto y Santos (2002), observan que el hecho que el jefe del Poder Ejecutivo sea electo por un electorado nacional, le confiere mayores incentivos para la creación de políticas públicas de alcance amplio. En el mismo sentido, Sabbag (2017) apunta que los recursos de poder del Ejecutivo debilitan la capacidad de producción de leyes de autoría de los diputados, identificando que la mayor parte de la producción legislativa de estos, en el período 2007-2010, a pesar de ser de alcance nacional y sectorial, tendría efectos neutros, concentrándose en temáticas honoríficas (57,8%).

Sin embargo, las reglas institucionales aseguran al Poder Legislativo la prerrogativa de promover políticas que atiendan a los intereses de los ciudadanos de forma ampliada, principio recordado por Cavalcante Filho (2013, p. 13) al afirmar que “cabe al legislativo formular políticas públicas, al menos en líneas generales, y al Ejecutivo cabe hacerlas operativas, concretando los objetivos trazados por el legislador”.

El enfoque institucionalista evidencia que las políticas públicas, para ser aprobadas en el Legislativo, sufren interferencia de las reglas que moldean el comportamiento de los actores políticos, en un contexto de presidencialismo de coalición, donde aquellos que apoyan el gobierno tienen mayores chances de acceso a recursos de poder de regateo (ABRANCHES, 1988; FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999). Para recibir apoyo de la mayoría de los legisladores el Ejecutivo distribuye carteras ministeriales y otros cargos en la estructura del Estado, reuniendo el poder de implementar su agenda de políticas públicas. Las iniciativas exclusivas del presidente de la República, como la emisión de Medidas Provisionales, el control del presupuesto y creación de cargos y servicios públicos de la Unión también inducen a los legisladores a ser cooperativos con la agenda del Ejecutivo, priorizando sus intereses, sea en la definición de plazos de apreciación de materias, como la garantía de urgencia en la tramitación de proyectos, sea por la movilización de los actores políticos para convergir su apoyo a esa agenda. Esos mecanismos institucionales conceden al Ejecutivo una posición estratégica para aprobación de sus proyectos, sin prescindir del necesario diálogo entre el Poder Ejecutivo y Poder Legislativo (CRUZ, 2011; SANTOS, 2002; VIEIRA, 2011).

Las reglas constitucionales y reglamentarias, tanto de la Cámara como del Senado, atribuyen poderes a los líderes partidarios para actuar en favor de los intereses de sus partidos y de las coaliciones de apoyo al presidente. Estas son formadas en torno de la estructura partidaria y están relacionadas con el éxito de la agenda del ejecutivo en el campo legislativo. En el parlamento, las comisiones permanentes con atribuciones de naturaleza técnica y deliberativa en materias legislativas constituyen el *locus* de evaluación donde son procesadas informaciones especializadas y se manifiestan diferentes intereses de los actores políticos (CARNEIRO, 2011;

MÜLLER, 2009)⁵. La Mesa Directora y los líderes partidarios son piezas importantes en la conducción de los trabajos legislativos y en la definición del funcionamiento del sistema de comisiones.

Los estudios de Gomes, Carvalho y Reis (2009), Baptista (2010) y Almeida Júnior (2013) se preocuparon por entender la actuación de los poderes Ejecutivo y Legislativo en lo que se refiere a la creación de políticas públicas de salud y demuestran que la producción legislativa nacional dirigida a esa área fue, en gran medida, resultado de la actuación del poder ejecutivo, en el contexto institucional creado por la Constitución de 1988. Sin embargo, todavía son pocos los trabajos académicos que tratan de la temática referente a la creación de políticas de salud en gobiernos locales en el campo de la producción legislativa.

Baptista (2010) observa que, en ese contexto, la discusión sobre política sectorial de salud quedó limitada por la constitucionalización de esa temática vía estructuración del SUS. La Medida Provisional fue la principal herramienta utilizada por el Ejecutivo para interferir en el diseño de la política de salud, estableciendo un predominio del Poder Ejecutivo sobre las materias legislativas presentadas entre 1997 y 2001. El Ejecutivo procuró legislar en políticas dirigidas a la administración, “regulación y organización de la política sectorial”, como expresa la Constitución, y el Poder Legislativo tuvo iniciativas en legislación sobre asuntos diversos.

En lo que concierne a la promoción de políticas de salud, las leyes aprobadas por el Ejecutivo se presentaban en tres tipos de enfoques a partir de 1995, la cuestión del control sanitario, de ambiente saludable y la reglamentación de áreas estratégicas de la atención a la salud. El Legislativo, con el apoyo del Ejecutivo, actuó creando leyes para grupos específicos como, por ejemplo, la garantía de medicamentos para personas portadoras de HIV y políticas públicas direccionadas al consumidor, como “la ley de reglamentación de los planes prepagos de salud, la ley de creación de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) y la ley de medicamentos genéricos” (BAPTISTA, 2010, p. 107). El mayor formulador de políticas de salud en el período analizado fue el Ejecutivo y sus proyectos introducidos en la Cámara tuvieron menos tiempo de tramitación. Eso ocurrió porque el Ejecutivo anticipaba y negociaba con los grupos de intereses en el Congreso para aprobación de las leyes de su interés.

El estudio de Baptista demuestra la preponderancia del Ejecutivo en relación al Legislativo, aprobando el 89,9% de las materias legislativas en salud en el período analizado. Por medio de medida provisional, el Ejecutivo legisló al margen del Congreso, editando proyectos con fuerza de ley, así como modificó e implementó leyes consolidadas. Las propuestas encaminadas por el Legislativo que eran de interés del Ejecutivo recibieron apoyo de los legisladores, teniendo una tramitación más acelerada en el ámbito de la dinámica interna del Congreso en que el patrón de comportamiento de los diputados se vuelca a la aprobación de los

⁵ Mecanismo importante del Reglamento Interno de la Cámara es el “Poder Conclusivo”, instrumento que permite que una propuesta sea apreciada en carácter final por las Comisiones, sin la necesidad de pasar por discusión en plenario.

proyectos de intereses Ejecutivo.

En el mismo sentido, Almeida Júnior (2013) al analizar la producción legislativa de salud mental en el período de 1989 a 2001 evidencia el predominio del poder Ejecutivo sobre el Legislativo. La conclusión del autor sustenta que el Congreso actúa en esa área solo marginalmente, evidenciando el dominio del poder Ejecutivo en lo que atañe a la creación de políticas más amplias. Enfocando en la producción de los legisladores, Gomes, Carvalho y Reis (2009) identificaron que de un grupo de 4.358 proyectos de ley sobre salud, un 95% tuvo origen en la Cámara de Diputados, en el período de 1999 a 2006, comprobando un papel relevante de los legisladores a pesar de que la tramitación de esas propuestas siga un patrón temporal más lento que los proyectos de autoría del Ejecutivo⁶.

Tanto los estudios específicos sobre políticas de salud, como aquellos que tratan sobre las características institucionales en que se procesan los intereses del Ejecutivo y del Legislativo, muestran que, en el sistema político de presidencialismo de coalición brasileño, diputados y gobiernos electos interactúan en el sentido de promover políticas públicas. En el contexto estadual se percibe que el diseño institucional no sufre grandes alteraciones, visto que, de acuerdo con los reglamentos internos de las Asambleas estaduais, ocurre tal concentración de recursos institucionales a disposición del Ejecutivo que los utiliza como instrumento de regateo con los legisladores. Conforme Anastasia (2007, p. 150) “Los gobernadores gozan de amplios poderes de agenda y de veto y los usan para extraer obediencia de sus grupos parlamentarios y para aprobar sus proyectos”. En el plano estadual la preponderancia del ejecutivo fue afirmada como un “sistema ultrapresidencial”, donde los gobernadores concentrarían poderes constitucionales y presupuestarios para sobreponerse a agendas específicas del legislativo (ABRUCIO, 2002). Esa tesis fue relativizada con los estudios sobre las relaciones entre el ejecutivo y el legislativo en los estados, que muestran variaciones condicionadas por la formación de mayorías parlamentarias (ANASTASIA, 2007; NUNES, 2013; RICCI; TOMIO, 2012; TOMIO; RICCI, 2012).

Las Asambleas Legislativas estaduais se caracterizan por ser instituciones en que los gobernadores son actores centrales, negociando con los diputados para que sus propuestas sean aprobadas de forma más rápida y asumiendo posición destacada en la dinámica legislativa. Solo en las Asambleas de Santa Catarina, Acre, Piauí, Maranhão, Paraíba y Tocantins existe la prerrogativa de editar medida provisional y, aun así, los gobernadores hacen uso limitado de ese recurso de poder de agenda (RICCI; TOMIO, 2012). Esto indica que los gobernadores utilizan otros mecanismos para acelerar la tramitación de proyectos de su autoría, dependiendo de relaciones variables entre gobierno y oposición. En un contexto en que el Ejecutivo no formó mayoría en la Asamblea Legislativa de Pará (ALEPA), por ejemplo, Silva, Favacho y Morbach (2012) muestran que, a pesar de que en el mandato entero la gobernadora del Partido de los

⁶ El análisis focaliza 15.246 proyectos de leyes ordinarias presentados en la Cámara de Diputados, de los cuales 4.358 (28,6%) son PL relacionados con salud.

Trabajadores (PT) tiene mayor número de propuestas aprobadas frente al Legislativo, en dos casos importantes de su agenda el gobierno fue derrotado por los diputados.

3 La producción Legislativa sobre salud en los estados de Amapá, Pará y Minas Gerais

3.1 Instituciones y producción legislativa sobre salud en la esfera estadual

A través de la organización interna de las Asambleas Legislativas Estaduales se verifica semejanza con la esfera nacional en lo que concierne a la relación entre los poderes Ejecutivo y Legislativo en la creación de políticas públicas. Así como el Legislativo Nacional, las instituciones legislativas en ámbito estadual se destacan por contar con reglas internas que posibilitan el avance de los trabajos en el interior de la casa. En la Asamblea Legislativa de Amapá (ALAP) la Mesa Directora posee la responsabilidad de coordinar y direccionar las actividades legislativas y los servicios administrativos. En ese proceso se observa que las comisiones siguen las mismas clasificaciones conferidas por Figueiredo y Limongi (2012), comisiones permanentes con carácter técnico-legislativo o especializado y comisiones temporarias creadas para apreciar determinados asuntos. En el estado de Amapá las comisiones permanentes tienen como función apreciar y deliberar sobre asuntos y proposiciones sometidas, acompañar los planes y programas gubernamentales además de la fiscalización presupuestaria, de los actos del ejecutivo y de la administración pública como un todo (AMAPÁ, 2017, Art. 29).

Existen algunas competencias exclusivas de las comisiones, como emitir parecer sobre asuntos de su especialidad, discutir, votar y promover estudios sobre problemas de interés público, así como realizar audiencias públicas. En cuanto a la comisión de salud, es de su competencia la manifestación sobre temas en la esfera estadual relacionados a la salud, previsión y asistencia social, incluyendo la organización institucional. Competen también a la ALAP manifestarse sobre la política de salud y los procesos de planificación de esta, especialmente en el ámbito del SUS y sobre acciones de servicios de salud pública en general (AMAPÁ, 2017, Art. 36, § 7).

La Comisión de Constitución, Justicia, Redacción y Ciudadanía (CCJ) decide a través de sus pareceres si una determinada materia sigue en tramitación. Si la comisión decida por la inconstitucionalidad de una proposición, su tramitación es interrumpida y encaminada a la Mesa Directora. Al respecto del pedido de urgencia, el Reglamento Interno de la Asamblea Legislativa de Amapá (RI ALAP) resalta que la solicitud de urgencia para proposiciones sujetas a la discusión en plenario dependerá de requerimiento de la Mesa o de la Comisión, de los líderes o del autor de la proposición con apoyo de un tercio de los diputados (AMAPÁ, 2017, Art. 161).

La organización interna de la asamblea de Minas Gerais posee características semejantes a las de la ALAP. En ese caso, la Mesa Directora posee función de comisión ejecutiva, teniendo la incumbencia de dirigir los trabajos de la Asamblea Legislativa. Las comisiones permanentes tienen competencias específicas descritas en el reglamento interno y las comisiones temporarias

pueden ser especiales, de investigación, de representación o extraordinarias. Las comisiones permanentes aprecian las proposiciones sometidas, dentro de sus competencias específicas. En la Asamblea Legislativa de Minas Gerais (ALMG), a la Comisión de Salud, como comisión permanente, compete: la salud, la asistencia médica, hospitalaria y sanitaria, la prevención de las deficiencias física, sensorial y mental y el saneamiento básico (MINAS GERAIS, 2019, Art. 102).

En lo que respecta al régimen de tramitación el Art. 272 del Reglamento Interno de la Asamblea Legislativa de Minas Gerais (RI ALMG) dispone que será adoptado régimen de urgencia si solicitado por el Gobernador del Estado para proyectos de su autoría respetando lo dispuesto en los artículos 208 y 209 del RI ALMG. El régimen de urgencia también podrá ser requerido por los integrantes de la casa legislativa siguiendo los requisitos y trámites descritos por el reglamento.

El Reglamento Interno de la Asamblea Legislativa del Estado de Pará (RI ALEPA) presenta reglas y mecanismos semejantes a los de los otros estados analizados. La Mesa Directora y el presidente de la casa son dotados de poderes institucionales para controlar los trabajos internos. Así, en la ALEPA la Mesa Directora también tiene la competencia relativa de emisión de pareceres sobre modificaciones de los reglamentos o servicios administrativos además de la promulgación de enmiendas constitucionales, resoluciones y decretos legislativos (PARÁ, 2019, Art. 19).

Las comisiones son instituciones que forman parte de la dinámica interna de las Asambleas, siendo espacios fundamentales para las decisiones sobre políticas públicas. En el Reglamento Interno de la ALEPA, según el Art. 28, las comisiones son divididas en permanentes, temporarias y representativas. La comisión permanente que trata de la materia ligada a la salud, tiene como competencia reglamentaria opinar sobre salud pública, higiene y asistencia sanitaria (PARÁ, 2019, Art. 31 § 14).

Al analizar 12 Asambleas Legislativas estatales, Tomio y Ricci (2012) identificaron un expresivo volumen de propuestas iniciadas y aprobadas por los legisladores, afirmando que existe un “peso significativo” tanto en la cantidad, como en la definición de propuestas presentadas por los diputados estatales. En función del bajo costo para que un parlamentario realice una propuesta de legislación, estas tienen mucho mayor volumen que el número de propuestas del ejecutivo, variando como consecuencia del número de escaños en las Asambleas. Sin embargo, en la práctica, la producción legislativa por parte de los diputados estatales posee relevancia significativa no solo por el número de propuestas presentadas, sino por el resultado final de los proyectos transformados en norma jurídica. Las tasas de éxito de los legislativos indican que el protagonismo de las Asambleas varía entre los diferentes estados y legislaturas, mostrando tasas que van del 21,2% al 97,1%. Sin embargo, en términos de aprobación, los proyectos de iniciativa de los gobernadores son más regularmente exitosos si se los confronta con las propuestas de los diputados, lo que demuestra capacidad de los gobernadores para promover la aprobación de sus

proyectos.

El diseño institucional brasileño comprende las reglas que organizan las relaciones intergubernamentales, en lo que concierne a las competencias de las esferas de gobierno. En ese aspecto, al lado de las competencias exclusivas de la Unión fueron establecidas competencias concurrentes, dejando a los tres niveles de gobierno responsabilidades relativas a las políticas sociales, entre ellas cuidar de la salud y “legislar concurrentemente” sobre protección y defensa de la salud (BRASIL, 1988, arts. 23, II y 24, XII). Desde el punto de vista de las atribuciones constitucionales, la Carta de 1988 detalló competencias, recursos y políticas públicas para los entes subnacionales, dejando poco margen de actuación para que los gobiernos estatales creen e implementen políticas públicas más localizadas.

La ley N° 8.080/1990 regula las acciones y servicios de salud en el territorio nacional, definiendo en el artículo 15 las atribuciones comunes a la Unión, a los Estados, al Distrito Federal y a los Municipios, así como en el artículo 18, en que especifica el papel decisivo de los municipios en el funcionamiento en la red SUS, atribuyendo su participando en el planeamiento, ejecución de servicios y colaboración con la unión y los estados, entre otras atribuciones necesarias para la implementación de la políticas universal de salud pública. De esas determinaciones legales se infiere que los estados y municipios están vinculados a determinadas reglas que reprimen una actuación más directa en la creación de políticas, siendo las circunstancias institucionales uno de los factores que dificultan la provisión directa de determinados servicios públicos ligados a demandas sociales.

Aunque las tres instancias de gobierno posean competencias comunes en la mayoría de los servicios públicos, existe en la práctica una diferencia de capacidad institucional en la implementación de la agenda. En otras palabras, la finalidad del federalismo cooperativo se frena en las diferencias de capacidades de los gobiernos subnacionales para crear políticas públicas. Entre los factores que se destacan podemos citar las dificultades técnicas y de gestión y especialmente las desigualdades financieras entre los estados. Asimismo, la cooperación entre los entes federados no es estimulada por mecanismos institucionales, haciendo que el sistema sea competitivo y no cooperativo (SOUZA, 2005).

A pesar de que estados y municipios poseen autonomía en la conducción de sus propias políticas públicas, debido al diseño federativo, difícilmente ellos tienen condiciones de crear políticas públicas concretas sin el apoyo del gobierno federal. Esto sucede porque los gobiernos estatales poseen una fuerte dependencia del gobierno central para cooperar y, principalmente, dependen de la capacidad y del interés de este para estimular la coordinación entre estados y de estos con los municipios a través de reglas y programas (COSTA, 2004).

En el caso de la política de salud, el SUS presupone la articulación y la actuación de los diferentes niveles de gobierno. En esa perspectiva, dependiendo del tipo de la actividad realizada, sea atención primaria, preventiva o secundaria, el Ministerio de la Salud traspasa los recursos

financieros a las redes municipales y estatales, y estas esferas subnacionales ejecutan los servicios públicos concernientes.

Por otro lado, las dificultades de los gobiernos estatales para producir políticas públicas reflejan también los ajustes macroeconómicos de los años 1990, momento en el cual el Gobierno Federal estableció las renegociaciones de las deudas, limitando la participación de los estados en el federalismo. Esa medida resultó en mayor centralización fiscal en la Unión. Sin embargo, el éxito del federalismo depende de la combinación entre autonomía y cooperación. En ese sentido, no se puede dejar de considerar la disparidad de recursos disponibles para estados de las regiones Sur y Sudeste, y para aquellos de las regiones Norte y Nordeste. Las desigualdades regionales son un dato y esas circunstancias repercuten directamente en el sector de la salud.

3.2 La Producción legislativa en salud en la esfera estadual

A partir de datos recolectados en las Asambleas legislativas, específicamente los Proyectos de Ley Ordinaria (PLO), nuestro objetivo es identificar el número de propuestas que tramitaron en las Asambleas Legislativas de los estados estudiados en el período de 2004 a 2010 y el desempeño de los poderes Ejecutivo y Legislativo estatales en la pauta de proyectos de ley dirigidos al área de la salud. Los proyectos de ley serán clasificados de acuerdo con el origen, el rito de tramitación, el tiempo y la situación final a que llegaron, o sea, si fueron aprobados o no. Por último, son presentadas tablas que posibilitan comparar las producciones legislativas de los estados en cuestión. La reunión se hizo efectiva a través de estudio en las páginas electrónicas de las Asambleas Legislativas de Amapá y de Minas Gerais. En el estado de Pará, el estudio fue realizado *in situ*, debido a la falta de disponibilidad de los datos por internet⁷. Los datos fueron seleccionados, primero, a partir de la identificación del término “salud” en la redacción de los proyectos para, luego, hacerse una verificación más fina del texto y seleccionar aquellas propuestas volcadas a la reglamentación de acciones y servicios con impacto sobre la salud.

En el período en que concentramos el análisis, el ejecutivo estadual en Minas Gerais estuvo en las manos del PSDB (dos gestiones de Aécio Neves), en Pará hubo una gestión del PSDB, entre 2003 y 2006 (Simão Jatene) y una del PT entre 2007 y 2010 (Ana Júlia Carepa), Amapá pasó por dos gestiones del PDT (Waldez Góez). La Asamblea Legislativa de Minas Gerais contaba con representantes de 15 diferentes partidos en el primer mandato de Aécio Neves y de 17 en el segundo y fue presidida por Mauri Torres (PSDB) entre 2003 y 2007 y por Alberto Pinto Coelho (PP) entre 2007 y 2010. En Pará, la ALEPA tuvo en la presidencia a Mario Couto (PSDB) entre 2003 y 2006 y Domingos Juvenil (MDB) de 2007 a 2010. En el estado, la fragmentación de

⁷ La mayor dificultad del estudio fue la obtención de datos de la ALEPA dado que los mismos no estaban disponibles en la página de internet de la Casa. Por falta de acceso a los proyectos del año 2003 iniciamos nuestro análisis por el año 2004. El nuevo portal de la ALEPA fue puesto en funcionamiento en enero de 2020, aunque, en ese momento, la recolección de datos para este estudio ya estaba completa. Ver: <https://www.alepa.pa.gov.br/noticia/2648/>

la representación fue del orden de 13 partidos tanto en el período comprendido entre 2003 y 2006 como entre 2007 y 2010. En Amapá fue posible verificar que la composición de la Asamblea Legislativa osciló entre 12 partidos en el primer período en que la presidencia de la casa estuvo en las manos de Lucas Barreto (PDT) entre 2003 y 2005, y Jorge Amanajás de 2005 a 2007 (PSDB) y 14 partidos en el segundo período estudiado, tiempo en que ocurrió la continuidad de la presidencia de Jorge Amanajás (PSDB). En ese sentido, se puede verificar que aún con grupos parlamentarios de tamaños bastante distintos, dado que la Asamblea mineira es compuesta por 77 representantes, la paraense por 41 y la amapaense por 24, que la fragmentación partidaria es una constante. A partir de estas constataciones es importante que el análisis sea guiado proporcionalmente al tamaño de los grupos parlamentarios y no solo a través de números absolutos.

Tabla 1 – Propuestas en el área de la salud, por origen, en los estados (2004-2010)

ESTADOS	Nº DE PROPUESTAS	%
AMAPÁ	33	100,0
Ejecutivo	4	12,12
Legislativo	29	87,88
MINAS GERAIS	405	100,0
Ejecutivo	72	17,78
Legislativo	333	82,22
PARÁ	71	100,0
Ejecutivo	5	7,04
Legislativo	66	92,96

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de las Asambleas Legislativas estatales.

En la tabla 1 observamos los números de iniciativas de proyectos de ley ordinaria conforme el origen, si del Ejecutivo o del Legislativo, donde identificamos que el 82% de los proyectos que tramitaron, en el período, en MG fueron propuestos por los legisladores, mientras en AP los diputados iniciaron el 88% de las propuestas y en PA, el 93%. En los tres estados la proporción de los proyectos de ley en el área de la salud de iniciativa de los legisladores es alta, estando por sobre el 80%. Tales informaciones corroboran la constatación de los analistas que demuestran que los legisladores tienden a ocuparse más de proyectos de ley relacionados con temas sociales, como es el caso de la salud, mientras que el Ejecutivo tiende a tener más iniciativas de proyectos vinculados a cuestiones económicas y administrativas (FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999).

El activismo de los parlamentarios, verificado a partir de la cantidad y de la proporción de proyectos de ley para el área de la salud en los tres estados, coincide también con los hallazgos de Tomio y Ricci (2012) que identificaron un expresivo volumen de propuestas de ley en las 12

Asambleas Legislativas, durante el período de 1999 a 2006. El volumen de propuestas presentadas por los parlamentarios estaduais está también ligado al hecho de que no existen costos muy elevados involucrados en la presentación de un proyecto de ley, siendo que tanto el Congreso Nacional como las Asambleas Legislativas de los estados tienen reglas permisivas en ese sentido.

Las reglas internas que organizan la dinámica del proceso legislativo en las Asambleas estaduais permiten, tal como en ámbito nacional, la prerrogativa de solicitud de urgencia para el trámite especial de proyectos de ley. Una vez solicitada por el gobernador, la urgencia puede o no ser acatada por las Casas Legislativas. En los tres estados analizados, los datos muestran que el mecanismo reglamentario de urgencia fue muy utilizado en las propuestas que tuvieron origen en el Ejecutivo, mientras que en las propuestas de los legisladores es poco movilizadas.

Tabla 2 – Propuestas legislativas por modalidad de tramitación (2004-2010)

ESTADOS	Nº	ORDINARIA	URGENTE	TOTAL
Amapá				
Ejecutivo	4	25,0%	75,0%	100%
Legislativo	29	100%	-	100%
Minas Gerais				
Ejecutivo	72	75,0%	25,0%	100%
Legislativo	333	99,70%	0,30%	100%
Pará				
Ejecutivo	5	20,0%	80,0%	100%
Legislativo	66	100,0%	-	100%

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de las Asambleas Legislativas Estaduales.

Esta prerrogativa, que favorece el protagonismo del Ejecutivo en la aprobación de legislación en la Cámara de Diputados, también se observa en las Asambleas estaduais, pero en la Asamblea Legislativa de Minas Gerais hubo un número bien reducido en comparación a los otros estados, el 25% de los proyectos enviados por el Ejecutivo siguió tramitación en régimen de urgencia contra un 75% en tramitación normal. En los otros estados siguió la modalidad de urgencia el 75% de las propuestas del gobierno del Amapá y el 80% de las propuestas del gobierno del estado de Pará. En la tramitación de los proyectos iniciados por los parlamentarios, en las Asambleas de PA y AP, todos siguieron la modalidad de tramitación normal, mientras en Minas Gerais, el 0,3% de las propuestas del legislativo tramitaron en régimen de urgencia. se nota un ánimo más fuerte de los diputados mineiros en acelerar la conclusión de sus propuestas.

La literatura especializada de la Ciencia Política muestra que la agenda del poder ejecutivo en el Congreso Nacional prepondera sobre la agenda del poder legislativo en lo que concierne a la producción de legislación, lo que se sustenta, por el uso de mecanismos

institucionales en su favor, tales como el pedido de urgencia en la tramitación y la emisión de medidas provisionales (BAPTISTA, 2010; FIGUEIREDO; LIMONGI, 1999; SANTOS, 2002). Esos instrumentos favorecen a los gobiernos que forman coaliciones de apoyo para sus demandas en el Legislativo, aprobando en menor tiempo las propuestas de su interés.

A pesar del modelo institucional en los estados, que espeja el modelo nacional, favorecer el protagonismo del poder ejecutivo en la producción de legislación dando fuerza concreta a los gobernadores, así como la concentración decisoria de la Unión en lo que concierne a los sistemas de políticas públicas universales, el análisis empírico muestra que se debe prestar atención a las diferencias entre los estados con respecto a una agenda propia de los legislativos (TOMIO; RICCI, 2012). En los casos que analizamos se observa un significativo protagonismo de la Asamblea Legislativa de Minas Gerais, que se diferencia del perfil observado en los dos estados del Norte, sugiriendo un grado mayor de independencia de acción de esa Casa, visto que los diputados sustentan, también, la urgencia de propuestas de origen en el Legislativo.

Con respecto al tiempo de tramitación, se resalta que la mayoría de las propuestas que fueron aprobadas, lo fueron en hasta seis meses de tramitación. En el estado de Amapá las proposiciones iniciadas por el ejecutivo tuvieron un tiempo menor de tramitación, cerca del 66% tramitó en menos de un mes. Ese corto tiempo de tramitación se relaciona con el uso corriente del mecanismo de la urgencia por el poder ejecutivo, visto que mostramos en la tabla 2 que solo en el Legislativo mineiro un 0,3% de las propuestas de los diputados tramitaron en régimen de urgencia, en las Asambleas de los demás estados todos los proyectos de los diputados tramitaron por modalidad ordinaria.

Tabla 3 – Tiempo de tramitación de las leyes aprobadas en los estados (2004-2010)

ESTADOS	Nº	HASTA 29 DÍAS	DE 30 DÍAS A 6 MESES	DE 6 M. A 2 AÑOS	DE 2 A 4 AÑOS
Amapá					
Ejecutivo	3	66,67%	33,33%	36,84%	--
Legislativo	19	--	63,16%	--	--
Minas Gerais					
Ejecutivo	53	--	71,70%	28,30%	--
Legislativo	107	--	33,64%	57,94%	8,41%
Pará					
Ejecutivo	3	33,33%	66,67%	--	--
Legislativo	12	--	33,33%	25,0%	41,67%

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de las Asambleas Legislativas Estaduales.

Pará es el estado que más presenta propuestas de los diputados tramitando hasta el final de la legislatura, esto ES, más del 41% de los proyectos de ley llevaron de 2 a 4 años para concluir

su tramitación. En comparación con las propuestas de los diputados de Amapá, en esta Asamblea la mayoría de las propuestas de los diputados finalizan en hasta seis meses, ninguna tramitando por más de dos años. Interesante es observar el tiempo de tramitación en la ALMG, en este caso, ningún proyecto, del Legislativo o del Ejecutivo, tramita por menos de 30 días como ocurre con propuestas del Ejecutivo en la ALEPA y ALAP, y solo el 8,41% de propuestas de los diputados finalizan en la mitad final de la legislatura. A pesar de la predominancia del Ejecutivo, en la Asamblea Legislativa de Minas Gerais se observa mayor equilibrio de tiempo dedicado a la modalidad de tramitación de las propuestas de origen en los dos poderes.

Los estudios de ámbito nacional muestran que los diputados que consiguen aprobar sus proyectos de ley son actores que poseen motivación y recursos políticos necesarios para tal empresa. La aprobación demanda dedicación al convencimiento de la mayoría de los diputados y la superación de los obstáculos burocráticos y legales impuestos por la Constitución y por el Reglamento Interno. Un recurso importante es la experiencia parlamentaria; cuanto más tiempo los diputados tienen en la Casa, más habilidad desarrollan para acompañar la tramitación de proyectos de su autoría familiarizándose con las reglas del proceso legislativo, especializándose en políticas públicas y aprendiendo a lidiar con las preferencias de parlamentarios y partidos (AMORIM NETO; SANTOS, 2002; ARAÚJO; SILVA, 2013). Asimismo, la institucionalización de prácticas regulares, publicitadas y reconocidas fortalecen la responsabilización entre los actores que participan del proceso legislativo y de estos con los ciudadanos. La ALMG realizó inversiones en ese sentido, con eso registra y ofrece en su página de internet todas las etapas de tramitación legislativa (ANASTASIA; CORREA; NUNES, 2012; FUKS; FIALHO, 2009; NUNES, 2013).

Considerando los proyectos de ley en el área de la salud a partir de su iniciativa, el número de aprobación de aquellos oriundos del Ejecutivo en la ALAP fue del 75% del total sometido a la apreciación del legislativo. En contrapartida, el 65,52% de los proyectos de iniciativa del propio legislativo fue aprobado, observándose cierto equilibrio entre las demandas de los dos poderes en el estado de Amapá que fueron atendidas en el período comprendido por este estudio. En la ALMG y ALEPA vemos la prevalencia de los proyectos originados en el ejecutivo en términos de aprobación, respectivamente, 73,61% y 60%, contrastando con tasas de aprobación de proyectos originados en la casa parlamentaria del orden del 32,13% en Minas Gerais y 18,18% en Pará.

En la tabla 4 también podemos ver que los proyectos de los diputados fueron rechazados en mayor número en la ALEPA, con 71,21%. En la ALMG fueron reprobados 44,44% de los proyectos de ley propuestos y en la ALAP el índice de rechazo fue del orden del 27,59%⁸. En la ALAP vemos la predominancia del Ejecutivo combinada con un buen grado de resolución de la

⁸ En la variable “otros” fueron agregados los proyectos cuyo proceso no fue concluido, o sea, las proposiciones retiradas de tramitación, vetadas por el gobernador y archivadas al final de la legislatura.

Casa en propuestas pautadas por los legisladores visto que, como vimos en la tabla 3, decidieron todas sus propuestas en hasta dos años y aprobaron el 64,52% de las mismas. En la ALMG la ventaja del Ejecutivo con respecto a aprobación de sus propuestas no está desvinculada de la resolución en las propuestas presentadas por los diputados, cuya mayoría tiene decisión proferida hasta mitad de la Legislatura.

Tabla 4 - Situación final de las propuestas para el área de la salud, por autor (2004-2010)

ESTADOS	Nº	APROBADOS	REPROBADOS	OTROS	TOTAL
Amapá					
Ejecutivo	4	75,0%	25,0%	-	100%
Legislativo	29	65,52%	27,59%	6,90%	100%
Minas Gerais					
Ejecutivo	72	73,61%	26,39%	-	100%
Legislativo	333	32,13%	44,44%	23,42%	100%
Pará					
Ejecutivo	5	60,0%	40%	-	100%
Legislativo	66	18,18%	71,21%	10,61%	100%

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de las Asambleas Legislativas Estaduales.

Lo que los datos sobre las iniciativas de la producción legislativa sobre salud nos muestran es que, a pesar de la centralización de la política de salud en la esfera federal a partir de la creación del SUS, los diputados estaduales no se eximen de pautar legislación que tenga algún impacto sobre la salud pública, atribución legal concurrente de las esferas federativas (BRASIL, 1988, Art. 24, XII). Asimismo, la variación en el perfil de las iniciativas de los legisladores estaduales muestra la posibilidad de mayor autonomía del Legislativo frente al Ejecutivo, tal como observamos en la ALAP y ALMG. Conforme Fuks y Fialho (2009), cambios institucionales en la ALMG, adoptados en la década de 1990, buscaron aproximar el ciudadano común de los asuntos legislativos, lo que probablemente está relacionado con una acción más fortalecida de los diputados frente a los intereses del Ejecutivo.

En la ALEPA, el acceso a las informaciones sobre tramitación de proyectos era solo de acceso interno a la Casa hasta recientemente. Los registros se encontraban incompletos y archivados en papel. Además, conforme Lovaglio (2013) muestra, casi el 60% de las proposiciones que tramitaron en la Comisión de Educación, Cultura y Salud de la ALEPA en el período de 2005 a 2012, trataban sobre temáticas distintas de los asuntos de su jurisdicción. La falta de transparencia en el proceso legislativo parece estar correlacionada con ese descompromiso con los procedimientos institucionales definidos reglamentariamente y, tal vez, con un mayor alineamiento con los deseos del Ejecutivo.

Por último, debemos considerar la configuración de las fuerzas políticas existentes en cada período legislativo, lo que no fue objeto del análisis aquí realizado. En contextos políticos favorables los diputados estaduais pueden imponer derrotas al Ejecutivo aún donde el perfil dominante es de fuerte control de la agenda por este poder. Como muestran Silva, Favacho y Morbach (2012), durante el gobierno del PT (2007-2010) importantes propuestas del Ejecutivo fueron derrotadas en la ALEPA por los diputados, en función de la existencia de un grupo que se autodenominaba independiente y que se posicionó contrario al gobierno.

4 Consideraciones Finales

Analizamos la producción legislativa en el área de la salud en el ámbito estadual teniendo en cuenta que las reglas constitucionales brasileñas establecen prerrogativas para los entes federados sobre la provisión de políticas públicas. En el sistema federativo brasileño, el gobierno federal dispone de extensos poderes para crear políticas con alcance más amplio, por estar dotado de competencias exclusivas, lo que fortalece su autonomía frente a los gobiernos subnacionales. Esto quiere decir que, en alguna medida, las atribuciones constitucionales dadas al gobierno central interfieren en la producción legislativa de los gobiernos locales.

Por la perspectiva de la descentralización, los entes federativos poseen competencias comunes para formulación de políticas públicas, las tres esferas están autorizadas constitucionalmente a crear programas y políticas sociales. Sin embargo, aunque los gobiernos locales sean electos directamente, sus decisiones son fuertemente condicionadas por las reglas del sistema federativo que reglamentan financieramente los gastos sociales de los gobiernos locales. Los mecanismos institucionales imponen obstáculos a la autonomía de los gobiernos estaduais al concentrar recursos en la esfera nacional e incentivar la adhesión a los programas creados en ámbito nacional.

Con respecto a la política de salud destacamos que a partir de la Constitución de 1988, el Sistema Único de Salud pasó a integrar un modelo descentralizado y jerárquico. En ese proceso, las tres esferas de gobierno pasaron a tener responsabilidades diferentes en cuanto a la provisión de los servicios de salud prestados. Por la función intergubernamental la Unión posee el papel de financiar y formular políticas de salud de alcance nacional, además de coordinar las acciones de los gobiernos subnacionales. En ese caso, el Ministerio de la Salud tiene autonomía para decidir sobre políticas de salud en todas las esferas.

En ese cuadro institucional en que los recursos financieros y normativos se concentran en la esfera nacional, cuestionamos si habría una actuación proactiva de los legisladores estaduais en el área de salud, visto que los incentivos de la legislación nacional están dirigidos a la adhesión de las esferas locales a los programas creados por el SUS. Por medio del estudio sobre la producción legislativa en el área de salud en los estados de Amapá, Minas Gerais y Pará verificamos que, independientemente de la realidad socioeconómica de los estados, existe en las

Casas Legislativas estaduais una dinámica interna entre los poderes Ejecutivo y Legislativo dirigida a una producción legislativa en salud.

En el período analizado identificamos la tramitación de propuestas de ley volcadas al área de salud: 33 PLs en la Asamblea Legislativa de Amapá, 71 PLs en la Asamblea Legislativa de Pará y 405 PLs en la Asamblea Legislativa de Minas Gerais. Constatamos que, en los tres estados, existe una actuación semejante a la de los legisladores nacionales, en cuanto a la iniciativa de proyectos de ley, aunque en el estado de Minas Gerais la actuación de los diputados sea más acentuada. Constatamos que la ALMG se presenta como una Casa fuerte frente al ejecutivo, en comparación con las demás Asambleas Legislativas. Los Ejecutivos estaduais demandan más urgencia para sus propuestas, pero en el caso de Minas Gerais no existe tramitación en menos de un mes, en el período analizado por este estudio.

En relación a la situación final, las propuestas presentadas por las dos esferas de poder del estado de Amapá fueron aprobadas de forma equilibrada, en comparación con los dos otros estados analizados. En el caso de Minas Gerais los datos apuntan que el Ejecutivo presentó, proporcionalmente, más propuestas de ley y obtuvo un resultado significativo de aprobación de esas proposiciones. De la misma forma, en el estado de Pará, el gobernador fue más exitoso, cuando comparado con los parlamentarios, en lo que se refiere a la aprobación de proyectos de ley de su iniciativa en el ámbito de la salud. Sobre el volumen de las reprobaciones, entre los tres estados, Pará presentó la mayor tasa si comparado con los estados de Amapá y Minas Gerais.

Los resultados del estudio corroboran lo que la literatura de Ciencia Política viene demostrando sobre la variación de perfiles de producción legislativa y relaciones entre los poderes Ejecutivo y Legislativo en el plano estadual. Además de las dinámicas características de cada contexto político diseñado por los mandatos electorales podemos observar que en contextos institucionales en que las prácticas legislativas tienen mayores recursos para aproximarlas a la vigilancia de los ciudadanos, los diputados tienen mayores incentivos para mantenerse proactivos en la producción legislativa. Sin embargo, cabe observar también que estudios cualitativos evidenciarían mejor la actuación substantiva de los diputados, especialmente en términos de producción de legislación para el área de salud donde la esfera federal centraliza las acciones decisivas de esa política pública, llevándonos a cuestionarnos el real contenido de las propuestas aprobadas en las Asambleas estaduais, lo que puede abrir una nueva agenda de estudio.

Referencias

ABRANCHES, Sérgio. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. **Dados**, 31, n. 1, p. 5-38, 1988.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. A política social no governo Lula. **Novos Estudos**

CEBRAP, v. 70, p. 7-17, 2004.

ALMEIDA JÚNIOR, João Cauby de. Arenas de produção de políticas públicas: a nova política nacional de saúde mental. **Revista Direito GV**, v. 9, n. 2, p. 659-680, 2013.

AMAPÁ. [Regimento Interno (2006)]. **Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Amapá**. Atualizado até a Resolução nº 0191, de 03 de outubro de 2017. Macapá: Assembleia Legislativa do Estado do Amapá, 2017.

AMORIM NETO, Octávio; SANTOS, Fabiano. A produção legislativa do Congresso: entre a paróquia e a nação. In: VIANNA, Luiz Werneck (Org.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora da UFMG/IUPERJ, 2002. p. 91-139.

ANASTASIA, Fátima. Federação e relações intergovernamentais. In: AVELAR, Lúcia e CINTRA, Antônio Octávio (Org.). **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. Rio de Janeiro/São Paulo: Fundação Konrad Adenauer/Editora Unesp, 2007. p. 185-204.

ANASTASIA, Fátima; CORREA, Izabela; NUNES, Felipe. Caminhos, veredas e atalhos: legislativos estaduais e trajetórias políticas. In: MENEGUELLO, Rachel (Org.). **O Legislativo brasileiro: funcionamento, composição e opinião pública**. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Comunicação Social, 2012. p. 95-120.

ARAÚJO, Suely Mara Vaz Guimarães de; SILVA, Rafael Silveira. Titulares da agenda e carreiras políticas. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 10, p. 285-311, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522013000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2020.

ARRETCHE, Marta. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV/Editora Fiocruz, 2012.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta, MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 173-204.

ARRETCHE, Marta; VAZQUEZ, Daniel; GOMES, Sandra. Descentralização e autonomia: deslocando os termos do debate. In: LAVALLE, Adrian Gurza. (Org.). **O Horizonte da política: questões emergentes e agendas de pesquisa**. São Paulo: Editora Unesp/Cebrap/CEM, 2012. p. 29-62.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). **Cadernos de Saúde Pública**, 26, n. 1, p. 97-109, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em : 15 ago. 2020.

BRAGA, Sérgio Soares. Podem as novas tecnologias de informação e comunicação auxiliar na consolidação das democracias? Um estudo sobre a informatização dos órgãos legislativos na América do Sul. **Opinião Pública**, v. 13, n. 1, p. 1-50, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762007000100001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 7 dez. 2020.

BRASIL. [Lei nº 8.080 (1990)]. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 7 dez. 2020.

CARNEIRO, André Correa de Sá. Legislação Simbólica e poder de apreciação conclusiva no Congresso Nacional. In: NICOLAU, Jairo e BRAGA, Ricardo de João (Org.). **Para além das urnas: reflexões sobre a Câmara dos Deputados**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011. p. 177-205.

CAVALCANTE FILHO, João Trindade. Limites da iniciativa parlamentar sobre políticas públicas: uma proposta de releitura do art. 61, § 1º, II, e, da Constituição Federal. *In: Textos para Discussão*. Brasília: Núcleos de estudos e pesquisa do Senado, Consultoria Legislativa, 2013.

CORREA, Roberto R.; BARROS, Elizabeth B.; SOUZA, Carlos Augusto S. O jogo político e a produção legislativa da ALEPA na 16ª legislatura (2007-2010). *In: GRILL, Igor Gastal; SANTOS, André Marengo dos, et al (Org.). Peças e engrenagens dos jogos políticos no Brasil*. São Leopoldo/São Luís: Oikos/EDUFMA, 2012.

COSTA, Valeriano. Federalismo. *In: AVELAR, Lúcia e CINTRA, Antônio Octávio (Org.). Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro/São Paulo: Fundação Konrad Adenauer/Editora Unesp, 2004. p. 211-223.

CRUZ, Marcia R. As alterações do Legislativo nos projetos de lei do Executivo e o papel dos relatores neste processo. *In: NICOLAU, Jairo. e BRAGA, Ricardo de João (Org.). Para além das urnas: reflexões sobre a Câmara dos Deputados*. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.

FAGNANI, Eduardo. A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. *Ser Social*, v. 13, n. 28, p. 41-80, 2011.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. **Executivo e Legislativo na nova ordem constitucional**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

FIGUEIREDO, Argelina Cheibub; LIMONGI, Fernando. Mudança constitucional, desempenho do Legislativo e consolidação institucional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 10, n. 29, p. 175-200, 2012.

FORTES, Fátima Beatriz. A emenda constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais. *Lua Nova*, n. 87, p. 167-202, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452012000300008&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 15 ago. 2020

FUKS, Mário; FIALHO, Fabício Mendes. Mudança institucional e atitudes políticas: a imagem pública da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (1993-2006). *Opinião Pública*, v. 15, n. 1, p. 82-106, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762009000100004. Acesso em: 15 ago. 2020.

GOMES, Fábio de Barros Correia; CARVALHO, Eduardo Lopes de; REIS, Rodolfo. Projetos de lei ordinária apresentados na câmara dos deputados entre 1999 e 2006: tramitação geral e dos relacionados à saúde. *E-Legis*, v. 2, n. 2, p. 32-44, 2009. Disponível em: <http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/10>. Acesso em: 14 ago. 2020.

IMMERGUT, Ellen. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 30, n. 11, p. 139-163, 1996.

LIMA, Eduardo Martins de. O “ultrapresidencialismo estadual” no contexto das relações entre executivo e legislativo em Minas Gerais. *Revista do Legislativo*, n. 39, p. 46-57, 2005.

LOVAGLIO, Silvia Maria. **Representatividade e desempenho parlamentar**: Um estudo qualitativo sobre as proposições legislativas tramitadas na Comissão de Educação, Cultura e Saúde da Assembleia Legislativa do estado do Pará, entre os anos de 2005-2012. 2013. 147 f. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal do Pará, Belém, PA.

MAYHEW, David. R. **Congress: the electoral connection**. New Haven: Yale University Press, 1974.

MINAS GERAIS. [Regimento Interno (1997)]. **Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais**. Atualizado até a Resolução nº 5.522, de 2018. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2019.

MONTEIRO NETO, Aristides (Org.). **Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate**. Brasília: Ipea, 2014.

MONTESQUIEU. **O espírito das leis**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MÜLLER, Gustavo. Representação política: neoinstitucionalismo em perspectiva comparada. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 69, p. 115-127, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n69/08.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

NUNES, Felipe. Os determinantes dos resultados de soma positiva em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 47, p. 91-112, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782013000300008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.

PARÁ. [Regimento Interno (1994)]. **Regimento Interno da Assembleia Legislativa do Estado do Pará**. Resolução nº 02 de 1994. Revisto e atualizado até 2019. Belém: Assembleia Legislativa do Estado do Pará, 2019.

PESSANHA, Chales. O poder Executivo e processo Legislativo nas instituições Brasileiras. In: VIANNA, Luiz. Werneck. (Org.). **A democracia e os três poderes no Brasil**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Editora da UFMG/IUPERJ, 2002.

RAUPP, Fabiano Maury; PINHO, José Antonio Gomes de. Construindo a accountability em portais eletrônicos de câmaras municipais: um estudo de caso em Santa Catarina. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, n. 1, p. 116-138, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-39512011000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 15 ago. 2020.

RICCI, Paolo; TOMIO, Fabricio. O poder da caneta: a Medida Provisória no processo legislativo estadual. **Opinião pública**, v. 18, n. 2, p. 255-277, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762012000200001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.

SABBAG, Gustavo Reis. Características da produção legislativa da Câmara dos Deputados de 2007 A 2010. **E-Legis**, v. 10, n. 22, p. 7-24, 2017. Disponível em <http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/view/300>. Acesso em: 14 ago. 2020.

SANTOS, Fabiano. Partidos e comissões no presidencialismo de coalizão. **Dados**, v. 45, n. 2, p. 237-264, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582002000200003&script=sci_arttext. Acesso em: 15 ago. 2020.

SILVA, Maria Dolores; FAVACHO, Dalton; MORBACH, Maria Conceição. O governo do PT no Pará e sua relação com a Assembleia Legislativa. In: GRILL, Igor Gastal; SANTOS, André Marengo dos., *et al* (Org.). **Peças e engrenagens dos jogos políticos no Brasil**. São Leopoldo/São Luís: Oikos/EDUFMA, 2012.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto.; ARRETCHE, Marta, *et al* (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2020.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, n. 24, p. 105-121, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782005000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 15 ago. 2020.

TOMIO, Fabrício Ricardo de Limas; RICCI, Paolo. O governo estadual na experiência política brasileira: os desempenhos legislativos das assembleias estaduais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 20, n. 41, p. 193-217, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-62762012000200001&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2020.

VIEIRA, Fernando Sabóia. Poderes e atribuições do presidente da Câmara dos Deputados no processo decisório legislativo. *In*: NICOLAU, Jairo. e BRAGA, Ricardo de João (Org.). **Para além das urnas**: reflexões sobre a Câmara dos Deputados. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.