

A SAÚDE PÚBLICA INTERNACIONAL E GLOBAL: GOVERNANÇA E QUESTÕES ÉTICAS

George A. O. Alleyne

Introdução

O termo saúde global está muito em voga no momento, e parece estar substituindo o termo saúde internacional como o quadro de referência no qual há debate sobre governança, e em menor extensão, questões éticas relacionadas à saúde das populações. Este documento examinará as origens dos interesses pela saúde internacional e as razões para a nova predileção pelo termo saúde global, e esboçará algumas considerações em sua governança e ética. Não é com frequência apreciado como a teoria e prática na saúde internacional evoluiu ao longo dos anos juntamente com mudanças nas relações entre os estados e a conectividade intensificada em todas as áreas, que são capturadas no conceito atual da globalização.

A história da participação internacional

A história e os interesses pela saúde internacional e pelo trabalho de saúde internacional têm sido bem descritos em várias análises, e este documento deriva em grande medida dos escritos por Howard-Jones (1950, 1977, 1978) e Goodman (WHO, 1978). A gênese da cooperação moderna entre estados em matéria de saúde pode ser detectada muito diretamente ao interesse pelas doenças infecciosas e conhecimento progressivo sobre suas causas. A peste foi uma das primeiras grandes epidemias registradas no Ocidente, e seu efeito sobre as consequências econômicas e de outro tipo na Europa foram nada menos que catastróficas (Herlihy, 1997). Os esforços para prevenir a peste foram bastante vinculados ao comércio marítimo, e o sistema da quarentena enquanto medida preventiva deve sua origem à necessidade de assegurar que as embarcações entrando em um porto não fossem portadoras de doenças infecciosas. É interessante notar que as nações menos entusiastas da quarentena basearam suas objeções no fato de que tais medidas serviram para desacelerar e impedir o comércio. Howard-Jones (1950) cita um relatório britânico sobre a

quarentena de 1849, que assinalou que “a única segurança real contra a doença epidêmica é uma provisão abundante e constante de ar puro”. Outra citação salienta mais diretamente.

[:] é um ponto disputado ser a peste contagiosa; e as provas maciças são em favor de o ser tão ocasionalmente, que a peste não é geralmente propagada desta maneira. A desapareção desta praga de nosso próprio país e da maioria dos demais países da Europa é indubitavelmente devido à muito maior atenção prestada à drenagem, ventilação e prevenção da acumulação de sujeira nas ruas, etc. Quando as condições atmosféricas peculiares sobre as quais depende sua difusão estão presentes, a quarentena se mostrou insuficiente para prevenir sua propagação.

Devido à posição da Grã-Bretanha no mundo, seu predomínio no transporte marítimo mundial e sua postura mercantilista, esta opinião não surpreende.

As epidemias de cólera, originárias da Ásia, substituíram a peste como a doença infecciosa de grande preocupação na última parte do século XIX, e embora Koch haja demonstrado a base bacteriana para o cólera em 1884, levou décadas antes desta informação influir os esforços à cooperação para controlar a doença. Ante as consecutivas epidemias de cólera e a crescente apreensão sobre a dificuldade de contê-la, as principais potências começaram a se reunir em conferências para discutir a possibilidade de ações colaborativas para reduzir a ameaça da doença epidêmica. A história das Conferências Sanitárias Internacionais, a primeira das quais foi realizada em Paris em 1851, foi muito bem descrita (Goodman, 1971; Howard Jones, 1977; 1978). Elas foram convocadas para discutir ações pelas nações para controlar doenças, mas levou sete reuniões antes que uma Convenção Sanitária Internacional fosse assinada e só foi em 1903 que o mundo viu uma Convenção que introduziu alguma uniformidade relativa ao enfoque entre as nações participantes contra a importação da peste e da cólera. O acordo sobre a Convenção Sanitária levou naturalmente à consideração de um corpo permanente para coordenar o necessário trabalho internacional de saúde.

Organizações Internacionais de Saúde

O primeiro desses corpos foi o *Office International de d'Hygiene Publique* (OIHP), com sede em Paris, com a orientação inicial primordial de sistematizar e comparar os resultados das

Convenções Sanitárias subseqüentes que, com o tempo, vieram a incluir tifo e febre amarela como doenças de interesse internacional. Outra organização de saúde internacional foi estabelecida após a Primeira Guerra Mundial sob o auspício da Sociedade das Nações. É uma lição útil na política de poder internacional examinar as maquinações que preveniram a formação lógica de um único corpo. Por exemplo, os Estados Unidos não eram membros da Sociedade das Nações, mas em contrapartida foram um dos adversários mais veementes e eficazes quanto à criação de um único corpo coordenador (Goodman, 1971). É importante compreender que o trabalho desses corpos era essencialmente informativo, para relatar a presença da doença e assessorar os países sobre as medidas a serem tomadas.

Os trabalhos da Divisão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, estabelecida em 1913, e da Liga das Sociedades da Cruz Vermelha, estabelecida em 1919, são com freqüência citados como exemplos de trabalho internacional por organizações não-governamentais. Não há nenhuma dúvida de que seu trabalho teve um efeito muito positivo sobre a saúde das pessoas em muitos países. O trabalho da Fundação Rockefeller na febre amarela no Peru, por exemplo, foi de importância fundamental, (Cueto, 2001) e diz-se que sua campanha para erradicação de ancilostomíase nos EUA desempenhou um grande papel ao erradicar o “germe da preguiça” e contribuiu para o desenvolvimento econômico daquela parte do país (Ettling, 1981). Porém, apesar do título oficial dado ao trabalho dessas organizações, elas não eram verdadeiramente internacionais, pois não incluíam nenhuma ação de cooperação entre as nações.

Após o final da Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial da Saúde foi formada como um corpo único responsável pelo trabalho de coordenação da saúde internacional e foi acordado que incorporaria o trabalho e os mandatos das organizações internacionais de saúde existentes. Este apanhado histórico não estaria completo sem assinalar que os países das Américas haviam formado seu corpo coordenador de saúde internacional já em 1902, a Organização Sanitária Pan-Americana com o objetivo explícito de coordenar a compilação de informações e a sistematização das práticas para evitar a disseminação de doenças infecciosas nas Américas (Pro Salute Novi Mundi, 1992).

As três fases do trabalho internacional de saúde

Se restringimos nossa análise a um período que se inicia no século XX, o período até a formação da Organização Mundial da Saúde pode ser considerado como a primeira fase do crescimento de interesse pela saúde internacional e o desenvolvimento de qualquer indicação do trabalho colaborativo internacional de saúde. A característica mais importante desta fase é que representou o esforço para controlar doenças infecciosas “na fronteira” (Arhin-Tenkorang, 2003) dos países individuais. Todas as ações, começando com quarentena, foram tomadas para prevenir o ingresso de doenças ou impedir as doenças de saírem da área infectada. Esta última ação foi obtida pelas normas para a inspeção dos portos para assegurar que os navios ali não se tornassem infectados ou infestados. Assinalou-se que, dada a prevalência relativa de doenças nos países ricos e pobres, a ênfase era colocada na prevenção das doenças do pobre de afetar o rico. Aginam se refere a isto como a idade do isolacionismo, em que o mundo desenvolvido considerava o mundo em desenvolvimento como um reservatório de pestilência e doenças. *“A verdadeira política da diplomacia de saúde pública do século XIX, impulsionada pelas conferências sanitárias internacionais, era o desejo de proteger a Europa civilizada das doenças e agentes patogênicos exóticos que emanavam das sociedades não civilizadas de fora da Europa”* (Aginam, 2004).

A segunda característica era utilitária. A prevenção de doenças era importante não só em termos da condição humana, mas também para o comércio, doméstico e internacional. Efetivamente, o Código Sanitário Pan-Americano de 1924, que é o tratado formal que mantém a atual organização Pan-Americana da Saúde, declara especificamente que sua justificação é:

A padronização das medidas empregadas nos lugares da entrada, para a prevenção da introdução e propagação das doenças transmissíveis do homem, de modo que maior proteção contra elas seja alcançada e o desnecessário obstáculo ao comércio e comunicação internacionais seja eliminado (Código Sanitário Pan-Americano, 2002).

A terceira característica desta fase é que toda a preocupação com a saúde dirigia-se às pessoas dos países individuais. Não havia nenhum interesse explícito na saúde das pessoas em escala mundial e, portanto, a cooperação não se estendia à prestação de qualquer assistência para melhorar sistematicamente a saúde das

peças mais pobres e menos saudáveis do mundo. Finalmente, esta fase da saúde internacional é caracterizada por acordos coletivos entre governos como representantes de Estados-nação. De fato, as primeiras conferências sanitárias internacionais foram atendidas por diplomatas e as convenções eram vistas na mesma luz que outros tratados diplomáticos entre governos soberanos.

A segunda fase da saúde internacional e do trabalho de saúde internacional começou após a Segunda Guerra Mundial e se estendeu até as últimas décadas do século XX. Pela primeira vez, grande atenção foi prestada ao controle e prevenção de doenças em escala mundial e há ação internacional discernível especificamente para esta finalidade. As forças impulsoras são essencialmente humanitárias: interesse próprio e segurança nacional. Há prova clara das nações cooperando entre si para atingir as finalidades comuns, como por exemplo, a bem-sucedida erradicação da varíola, que ainda permanece como uma das bandeiras da cooperação internacional para um esforço global de saúde. O aspecto humanitário foi dominante imediatamente após a Segunda Guerra Mundial, apesar do fato de que grande parte do debate sofreu interferência da Guerra Fria. A declaração do Presidente Truman, em seu discurso de tomada de posse em 1949, dá uma idéia deste foco, quando ele declarou que:

[nós] devemos empreender um novo e audacioso programa para disponibilizar os benefícios de nossos avanços científicos e progresso industrial para o melhoramento e crescimento das áreas subdesenvolvidas. Mais da metade das pessoas do mundo estão vivendo em condições próximas à miséria. Seus alimentos são inadequados, elas são vítimas de doenças, sua vida econômica é primitiva e estacionária, sua pobreza é uma deficiência e uma ameaça tanto para elas quanto para as áreas mais prósperas. Pela primeira vez na história, a humanidade possui o conhecimento e a habilidade para aliviar o sofrimento dessas pessoas.

Como parte da euforia do pós-guerra para a colaboração entre as nações, havia uma forte crença que a cooperação internacional genuína poderia abordar com êxito os problemas de saúde do mundo. Essa foi a fase de crescente reconhecimento daquilo que Aginam (2004) se refere como “vulnerabilidade mútua à doença em um mundo globalizado”. O interesse próprio, no entanto, também era evidente. Uma publicação sem precedentes dos *Institutes of Medicine of the U.S* (Institutos de Medicina dos EUA), formulou muito claramente porque era interesse deste país

abordar os problemas de saúde além de suas próprias fronteiras, (Instituto de Medicina, 1997), e havia o problema óbvio de americanos que contraíam doenças quando viajavam ao exterior. Em seu nível mais básico, doenças prevalentes nos países subdesenvolvidos poderiam gerar descontentamento e a possibilidade de mal estar social que talvez se espalhasse aos países mais desenvolvidos. Além disso, as condições insalubres talvez sejam uma das razões para a migração aos países mais desenvolvidos e mais saudáveis. Os países insalubres e pobres não são geralmente considerados bons mercados para os produtos dos mais saudáveis. Segundo Walt (2001), os estados cooperam em matéria de saúde porque, embora possa ser difícil, eles reconhecem o benefício de promover o bem público internacional que é a saúde. Eles também podem fazê-lo por causa das deficiências dos sistemas nacionais de saúde que podem ser fortalecidos pela ação colaborativa e, finalmente, embora raramente, eles podem cooperar por causa da ameaça da força. A segurança nacional também entrou em cena como um motivo para todos os países se interessarem pela saúde (Alleyne, 1996 e *Health and Hemispheric Security*, 2002).

A Organização Mundial da Saúde foi o fórum incontestado e incontestado através do qual países buscaram reunir a perícia e os recursos para abordar as questões de saúde. A cooperação através da OMS foi inicialmente concebida como assistência técnica, no sentido de que os peritos de diversos países empregados pela OMS oferecem sua perícia de forma quase missionária, e a função da organização e sua assistência foram a transferência do conhecimento e perícia do mundo desenvolvido ao mundo em desenvolvimento. Havia pouca percepção de que o trabalho da organização tivesse grande importância em termos de saúde para os países desenvolvidos.

As relações formais entre os estados em outros campos afetaram suas ações no campo da saúde. Panisset (2002) formulou uma descrição elegante da saúde internacional como uma parte integrante das relações internacionais e política externa. Seu ponto de partida foi a atitude de países das Américas com relação ao Peru quando a cólera lá surgiu em 1992. Ele descreve esta segunda fase da saúde internacional como uma justificação da teoria funcional da política como adotado por Mitrany, um dos pais do internacionalismo. Mitrany estava mais interessado em política internacional, mas seu funcionalismo é relevante a esta fase da saúde internacional.

[os] princípios-chave do funcionalismo são: que o homem pode ser afastado de sua lealdade ao Estado-nação pela experiência da cooperação internacional frutífera; que a organização internacional composta segundo os requisitos da tarefa pode aumentar o bem-estar de indivíduos além do nível obtível no âmbito do estado; que as recompensas seriam maiores se a organização trabalhasse onde fosse necessário, além das fronteiras nacionais, que muito freqüentemente interferem no espaço de trabalho ideal da organização (Mitrany, 1975).

A terceira fase do trabalho internacional de saúde, que começou nas últimas décadas do século XX e se estende ao presente, é caracterizada não tanto por uma mudança na intenção do trabalho, mas sim por uma mudança fundamental no número de atores interessados e na pluralidade das organizações tentando melhorar a saúde em escala mundial. O interesse pela saúde ainda é impulsionado por uma apreciação do risco coletivo, que foi acentuada pela globalização. A rápida propagação de informações em si contribui para algumas das doenças “modernas” e há uma ubiqüidade de vetores de doenças que incluem seres humanos, alimentos e animais; as preocupações sobre isto podem ser vistas nas preparações sendo feitas em escala mundial para confrontar a possibilidade de uma epidemia da influenza aviária. Embora às vezes o foco seja obnubilado, o altruísmo e as questões humanitárias ainda impulsionam ações coletivas em prol da saúde.

É nesta terceira fase que vimos uma troca, com a saúde global tendendo em substituir a noção da saúde internacional com maior freqüência, embora não deva haver nenhuma confusão sobre esses dois conceitos substancialmente diferentes. Não é pedante nem semântico insistir que a saúde é um estado de ser de pessoas e é abordada individualmente ou em populações distribuídas em algum espaço geográfico. Deve-se diferenciar entre a saúde global, nacional, local e individual e os métodos de medição da saúde geralmente usados refletem essas distinções. A saúde internacional deve implicar ações pelas nações, e o termo denota um conjunto específico de atores. A resposta aos desastres nacionais pela ação coletiva das nações é um exemplo excelente do esforço internacional que se concentra em um espaço nacional ou subnacional. A ação internacional pode ser concentrada em uma questão de saúde nacional, regional ou global. As ações para melhorar a saúde em escala mundial não incluem necessariamente a cooperação entre as nações e, portanto, não precisa ser internacional. A saúde global deve-se referir ao estado de saúde

das pessoas no mundo como um todo, e deve ter uma conotação geográfica. A definição de Goodman de trinta e cinco anos atrás ainda é a mais simples e clara (Goodman, 1971), tendo definido a saúde internacional como:

“toda e qualquer atividade para a prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças que requerem a consideração e ação combinada de mais de um país”.

Ele identificou claramente país e nação como sinônimos e postulou que a saúde internacional era necessária para melhorar a saúde mundial. Foi sugerido que a mudança de terminologia com global substituindo internacional fazia parte de um processo político e histórico mais abrangente, que incluiu uma mudança na função da OMS e a repercussão crescente da globalização (Brown, 2006 e Yach 1998). Ainda não está claro por que a saúde mundial deu lugar à saúde global, mas talvez esta seja simplesmente uma preferência pela exatidão gramatical.

O que talvez seja novo é a crescente apreciação do fato que a saúde do mundo é do interesse de todos e não só a questão dos governos nacionais. A saúde das pessoas no mundo está sendo definida como um bem público global e, portanto, deve haver alguma arquitetura global para preservá-la como tal (Chen, 1999). Há a percepção de que o Estado-nação não pode ser o único ator quando tantos dos fatores determinantes e resultados de doenças dependem das influências além das fronteiras nacionais, e é neste contexto que as preocupações sobre governança surgem.

Governança na saúde global

Grande parte do debate sobre governança provém de diferentes interpretações de um conceito que deriva das teorias de ciências sociais e política pública (Thibault; Weiss, 2000). Rhodes (1996) por exemplo, identifica seis usos do termo, como “estado mínimo”, “governança institucional”, “nova administração pública”; “boa governança”; “sistemas sóciocibernéticos”, e “redes interinstitucionais autoorganizadoras”; e propõe que o último “complementa os mercados e hierarquias como estruturas governantes para oficialmente alocar recursos e exercer controle e coordenação”.

A governança neste documento tem mais ênfase normativa e é semelhante ao conceito e definição como poderia ser aplicado à instituição complexa de uma universidade (Gayle, Tewarie). Significa simplesmente: “a estrutura e processos através dos quais

decisões são tomadas que permitem o funcionamento superlativo da instituição” e é fundamentalmente diferente do governo. A governança eficaz da instituição ou sistema fornece as estratégias, determina as prioridades e formula as modalidades para obter os resultados desejados. Isto não é muito diferente da maneira com a qual o Banco Mundial (1994) usa o termo:

Boa governança é representada pela formulação de políticas previsível, aberta e lúcida; uma burocracia imbuída de mentalidade profissional; um braço executivo do governo responsável por suas ações; uma sociedade civil forte participando dos negócios públicos; e todos se comportando sob o império da lei.

Porém, a Comissão sobre Governança Global (1995) define governança como...

“governança é a soma das várias maneiras com as quais indivíduos e instituições, públicas e privadas, administram seus negócios comuns”.

A complexidade da governança aumenta com os números de atores e interesses envolvidos, mas o conceito essencial continua o mesmo, que deve haver estruturas e processos através dos quais a iniciativa toda deve ser administrada. Portanto, a pergunta principal é o que são estruturas e processos que operam entre e dentro das nações para promover a saúde em algum espaço geográfico definido que, no contexto da saúde global estará no nível mundial. Também pareceria importante moldar a governança de tal forma que se possa descrever o que é e o que não é boa governança como o Banco Mundialo fez. Simplesmente descrevê-la em termos de inúmeras redes e atores e não definir estas características que são suscetíveis de alterações pareceria ser tratamento inadequado da questão. É de interesse que, apesar de todos os desafios que a OMS enfrentou, ainda pareceria que qualquer estrutura que busca envolver os múltiplos atores e tecer uma trama razoável das numerosas redes e participantes interessados na saúde global, dá a esta organização um lugar proeminente (Kickbusch, 2000).

A função do Estado

Temos forçosamente que examinar a natureza da interação entre as nações antes de considerar outros atores. Desde o começo, com a formação das Convenções Sanitárias Internacionais, foi compreendido que os acordos eram entre os governos

representando Estados-nação. O preâmbulo à constituição da Organização Mundial da Saúde declara:

“Os Estados parte desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, as suas relações harmoniosas e a sua segurança, ...”.

“A saúde de todos os povos é fundamental para a obtenção da paz e segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados”.

Está claro que as “partes” do acordo eram Estados-nação representados por seus governos oficiais. A estrutura de governança desta organização não admite a participação e envolvimento formais de qualquer entidade, exceto governos. Até hoje não há nenhum reconhecimento do aumento no pluralismo dos atores no Estado-nação, que está avançando rapidamente e influenciando nossa compreensão de internacionalismo. Os processos através dos quais essas organizações internacionais funcionavam derivaram dos acordos e resoluções moldadas conjuntamente por governos em diversas assembleias e traduzidas em seu trabalho técnico em nível nacional e, predominantemente, embora não exclusivamente em colaboração com as autoridades nacionais. Não houve nenhum reconhecimento da história posterior e desenvolvimento do Estado-nação, nem apreciação de que a concentração absoluta do poder nas mãos do governo como representante do Estado-nação fosse uma coisa do passado e de que agora estamos em uma era pós-westfaliana. Este fenômeno, designado “mudança de paradigma”, foi fomentado pela interconexão que foi acelerada pelo crescimento e velocidade das comunicações (Matthews, 1997).

O Tratado de Westfália, de 1648, que marcou o final da Guerra dos Trinta Anos, viu a dissolução do Sacro Império Romano, o final do feudalismo na Europa e a aparição do Estado-nação como a entidade que exerceria autoridade sobre um espaço geograficamente definido. O Estado-nação representou a forma de organização social através da qual a vida da população era ditada. Este estado foi caracterizado por possuir um sistema de governo responsável pela proteção dos direitos básicos de seus cidadãos, e o estado e o governo eram praticamente um e a mesma coisa. Mas progressivamente vimos o crescimento constante do pluralismo no Estado-nação e, embora ainda haja um governo como ator central no estado, há também vários atores não-governamentais que

demandam legitimidade ao contribuir para o ordenamento dos negócios no Estado-nação (Drucker, 1999). Essencialmente, estes outros atores podem ser classificados em termos gerais como a sociedade civil e o setor privado. Não é que o Estado-nação haja desaparecido, mas há agora vários atores legítimos dentro deste estado além do governo. A persistência e atual relevância do Estado-nação foi captada em um editorial famoso da revista *The Economist* (1995), “O Estado-nação está morto. Viva o Estado-nação!”

Mas para ser justo, deve-se levar em conta o estado do mundo quando o atual sistema internacional foi estabelecido. Como a Comissão sobre Governança Global (1995) assinala:

Quando o sistema das Nações Unidas foi criado, os Estados-nação, alguns dos quais poderes imperiais, preponderavam. A fé na capacidade dos governos de proteger os cidadãos e melhorar suas vidas era forte. O mundo estava centrado em prevenir uma Terceira Guerra Mundial e evitar outra depressão global. Portanto, o estabelecimento de um conjunto de instituições internacionais e intergovernamentais para assegurar a paz e a prosperidade era um desenvolvimento lógico e bem-vindo.

É às vezes também esquecido que àquela época o número de Estados-nação era relativamente baixo. Em 1945, havia somente 48 membros das Nações Unidas, enquanto hoje há 192, com aumento conseguinte da complexidade de sua composição, dada também a ampla variação no tamanho e recursos entre eles.

Governança em organizações internacionais de saúde

A questão principal de governança com relação tanto à saúde internacional como à global é a função de todos os interessados diretos no Estado-nação, tanto governo quanto não-governo. No caso da saúde internacional, no sentido das atividades de saúde realizadas pela ação colaborativa entre as nações, a realidade é que em sua maioria eles são intergovernamentais. A grande pergunta no futuro próximo é como sua governança em termos de suas estruturas e processos, será alterada para incorporar a pluralidade de atores que demandam a legitimidade dentro do estado.

A questão da governança na saúde global então recai sobre duas questões separadas mas relacionadas. Primeiro, como o novo pluralismo afetará a governança das organizações que têm um mandato para o trabalho internacional necessário para melhorar a

saúde em escala mundial? Segundo, como a governança evoluirá em um sistema que envolve uma pluralidade de atores.

Como vimos, a Organização Mundial da Saúde ainda é essencialmente uma organização intergovernamental, e suas estruturas e processos não admitem ação formal por ninguém, exceto os governos. Seus Órgãos Diretivos são compostos por representantes dos governos. É interessante ressaltar que, inicialmente, os membros do Conselho Executivo da OMS tinham que exercer seus cargos em nome pessoal, como se isso eliminasse a influência da política do governo. Mas veio a ser aceito e formalizado que os membros representam seus governos. O líder da organização é eleito por um processo puramente político no qual o peso dos esforços diplomáticos de um país conta mais que o mérito intrínseco do candidato. Um dos grandes desafios para esta organização será o de remodelar para levar em consideração o pluralismo que está atualmente sendo observado nos Estados-nação. A OMS permitirá a sociedade civil e o setor privado em seus conselhos com voz e voto iguais àqueles dos governos? Os governos nacionais apreciarão o anacronismo da composição atual e assim estruturarão suas delegações para refletir a contribuição dos atores estatais não-governamentais? É fácil determinar o local exato da autoridade em um governo e portanto seu representante legal, mas qual será o mecanismo para assegurar a legitimidade da outra representação não-governamental? O aporte de múltiplos interesses sobre a definição de uma organização internacional talvez seja visto na Organização Internacional do Trabalho a qual, desde seu início, reconheceu que o nome internacional não excluiu a participação de atores de fora dos governos formais em seus órgãos diretivos.

O artigo 1 (Trabalho Internacional) de sua constituição declara:

“Os Membros da Organização Internacional do Trabalho serão os Estados”.

O artigo 3 formula sua composição do seguinte modo:

A Conferência geral dos representantes dos Estados Membros realizará sessões sempre que for necessário, e, pelo menos, uma vez por ano. Será composta de quatro representantes de cada um dos Membros, dos quais dois serão delegados do governo e os outros dois representarão, respectivamente, os empregados e empregadores.

Atualmente, tal é a quantidade de atores envolvidos na saúde global que talvez fosse melhor seguir Frenk e seus colegas e se referir a um Sistema de Saúde Mundial (Frenk, 1997). Há uma pluralidade de atores e há pluralismo entre estes atores também. Há vários organismos das Nações Unidas além da OMS cujas ações afetam a saúde em escala mundial. Referência é feita somente aos três principais, embora outros organismos, como a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) também realizem atividades relacionadas à saúde.

UNICEF. Criado pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1946 para ajudar as crianças depois da Segunda Guerra Mundial na Europa, o UNICEF era a princípio conhecido como o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para as Crianças. Em 1953, o UNICEF tornou-se parte permanente do sistema das Nações Unidas, sendo sua tarefa ajudar as crianças vivendo na pobreza nos países em desenvolvimento. Seu nome foi encurtado para Fundo das Nações Unidas para a Infância, mas reteve a sigla "UNICEF," pela qual é conhecido até hoje. Seu órgão diretivo é composto de representantes de 38 governos.

FNUAP. A pedido da Assembléia Geral das Nações Unidas, um modesto Fundo Fiduciário para a População foi criado em 1967 para ministrar treinamento, pesquisa e assessoramento no campo da população. Em 1969, o fundo evoluiu ao Fundo das Nações Unidas para Atividades Populacionais. Foi oficialmente renomeado Fundo de População das Nações Unidas (embora retendo a sigla FNUAP) em 1987, para refletir sua função principal dentro do sistema das Nações Unidas: promover programas de população e coordenar atividades de população. Este organismo começou com ênfase no planejamento familiar como importante para o controle de populações. Sua orientação demográfica foi evidente nas séries de conferências sobre população que foram realizadas. Mas desde 1994, o foco deslocou-se à saúde sexual e reprodutiva, com ênfase nos direitos da mulher nesta área. Sua junta executiva compreende representantes do governo.

O UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS, é uma operação conjunta inovadora da família das Nações Unidas. O UNAIDS reúne os esforços e os recursos de dez organizações do sistema das Nações Unidas para ajudar o mundo a prevenir novas infecções pelo HIV, assistir aos já infectados, e mitigar o impacto da epidemia. Estabelecido em 1994 por uma resolução do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas e

lançado em janeiro de 1996, O UNAIDS é dirigido por uma Diretoria Coordenadora de Programas, com representantes de 22 governos de todas as regiões geográficas, co-patrocinadores UNAIDS, e cinco representantes de organizações não-governamentais (ONGs), inclusive associações de pessoas vivendo com HIV/AIDS. O UNAIDS é o primeiro dos organismos das Nações Unidas tratando especificamente da saúde, que inclui membros além de governos em seu principal órgão diretivo.

Mesmo no âmbito do sistema das Nações Unidas propriamente dito, não há nenhuma estrutura que permita ou exija a cooperação em assuntos de saúde. Como Williams assinalou, talvez haja competição aberta entre os organismos especializados, produzindo uma crise no sistema (Williams, 1987). Não é evidente que houve muita melhora nesta área e isto contribuiu para que se exigisse a reforma das Nações Unidas e de seus organismos. Como alguns dos chefes destes organismos são eleitos e alguns são nomeados pelo Secretário-geral, é difícil exigir cooperação, que depende do bom senso e boa vontade do chefe do organismo interessado. Além disso, a procedência diferente de financiamento para os diversos organismos significa que há diferentes circunscrições de influência e interesse. A perspectiva para estabelecer tais estruturas e processos que levarão à colaboração eficaz e eficiente nesses organismos das Nações Unidas não é muito promissor.

Governança em um sistema de saúde mundial

As perspectivas para boa governança no sentido mais amplo de “sistema de saúde mundial” são melhores do que entre as instituições formais comprometidas com a saúde? Como indicado anteriormente, há inúmeros atores envolvidos em saúde. Há os governos, as empresas privadas e a sociedade civil, e sua interação e alcance internacional aumentaram à medida que presenciamos o aumento da globalização. Referimo-nos anteriormente ao fenômeno da globalização, o qual, como definido por Giddens (1990) é “a intensificação das relações sociais mundiais que vinculam as localidades distantes de tal maneira que os eventos locais são configurados pelos eventos que ocorrem a muitas milhas de distância e vice-versa”. Este processo, com sua intensificação de interconexão impulsionado inexoravelmente pela tecnologia de comunicação, faz da saúde uma verdadeira questão global. Pensou-se no passado, que doenças infecciosas eram a única ou principal manifestação desta interconexão global, mas agora

sabemos que alguns dos grandes fatores determinantes das doenças não-transmissíveis se devem às influências globais. Não pode haver nenhum melhor exemplo de fenômeno global afetando doenças não-transmissíveis do que o consumo de tabaco, ou mais precisamente, a promoção do consumo de tabaco pela indústria do tabaco.

O fato que a transferência dos riscos para a saúde é transnacional e seu controle está além da capacidade de um único governo levou ao critério que a nação-estado e seu governo são impotentes para ser atores principais na saúde global, levando conseqüentemente à necessidade de buscar e estimular o crescimento de outros atores. Mas há um dilema. Enquanto os riscos são transnacionais e o estado não pode controlá-los, é o estado que tem a autoridade para a ação corretiva dentro de suas fronteiras. Como Jamison e outros (1998) afirmam:

A autoridade do Estado-nação foi pouco a pouco enfraquecida mediante uma combinação de forças supranacionais levando à globalização, e de forças subnacionais levando à fragmentação e novas formas de “tribalismo”. Contudo, a estrutura política do mundo é tal que a soberania permanece conferida a Estados-nação individuais, resultando que os governos nacionais retêm principal responsabilidade pela saúde de suas populações.

Há numerosos exemplos de negócios com alcance global; empresas comerciais transnacionais influem claramente na saúde. As coalizões empresariais foram formadas para abordar problemas de saúde específicos, como no caso da infecção pelo HIV/AIDS (Negócios Globais). Tem havido movimentos para fortalecer a sociedade civil global ao formar redes de atores diversos do “terceiro setor” (De Oliveira, Tendon, 1994).

O conceito do que a sociedade civil e as organizações não-governamentais podem fazer em termos de saúde global mudou drasticamente nos últimos dez anos pela Fundação Bill e Melinda Gates, com ativo de US\$29 bilhões e gastos, em 2005, de US\$844 milhões com a saúde global (Saúde Global - Fundação Bill e Melinda Gates). Esta capacidade foi incrementada ainda mais pela doação de Warren Buffet de US\$31 bilhões e o encargo de gastar US\$1,5 bilhão anualmente. Esta Fundação, cuja missão global de saúde é “*ajudar a assegurar que os avanços que salvam vidas na saúde sejam criados e divididos com os que deles mais necessitam*”, tem a capacidade de fazer a diferença. Suas decisões são configuradas pela liderança lúcida e por sua diretoria, e suas

estruturas e processos não têm nenhum enlace formal com qualquer estrutura internacional de saúde. De fato, é improvável que qualquer estrutura formal pudesse acomodar uma organização deste tamanho.

Mas em última análise, qualquer sistema de governança global para a saúde global tem que reconhecer a primazia do Estado-nação, e mais especificamente, o governo, como o ator principal que tem a autoridade legal e moral de abordar os problemas de saúde dentro de sua jurisdição, embora os fatores determinantes possam ser transnacionais e os acordos para ação colaborativa possam ser internacionais. Só o governo dentro do Estado-nação pode puxar as alavancas de política necessárias para ação específica para abordar muitos, se não todos, os fatores sociais determinantes da saúde, até mesmo aqueles que devem sua gênese à propagação transfronteiriça de vetores. A origem do risco pode transcender as fronteiras nacionais, mas a solução corretiva, na maioria dos casos, está nas mãos do Estado-nação. Grande parte da discussão sobre o problema da pluralidade de agentes e a complexidade de obter cooperação e colaboração perde muito de sua proeminência se o princípio fundamental é observado, qual seja, o programa nacional que é o ponto focal e a estrutura para ação no país individual. Isto não é para refutar o fato de que em muitas ocasiões há grandes programas realizados por organizações não-governamentais, inclusive a religião organizada, que proporcionam atendimento às populações. A balcanização de países com diferentes atores assumindo responsabilidade pelo atendimento ou aspectos do atendimento foi visto muitas vezes. Porém, esta é uma situação insatisfatória e sua persistência em geral perpetua a fraqueza do aparato estatal que tem a responsabilidade legal e moral de fornecer as medidas sanitárias e sociais necessárias para assegurar a saúde. Isto não significa que as ONGs não devem e não podem contribuir para os resultados de saúde no âmbito nacional. Vimos em pelo menos um país, a Guatemala, governos que aceitam o fato da pluralidade das instituições e contratam ONGs para prestar atendimento sob condições específicas.

Questões éticas

Nenhuma reflexão sobre a saúde de indivíduos ou populações globais e a responsabilidade envolvida, pode escapar as considerações éticas. Há acordo generalizado de que deve haver um código ético para a saúde da população como há um para o atendimento individual dos pacientes por um médico. Há na verdade um código de ética aceito para a saúde pública para o sistema americano de saúde pública (*American Public Health System*) (Thomas, 2002). Este código compreende tais princípios como a necessidade de observar os direitos humanos, a justiça distributiva e o dever como uma motivação ética, mas estes tratam essencialmente das ações de indivíduos que têm a responsabilidade pela saúde pública dentro de um país. É questionável se este código pode ser aplicado à saúde global.

Singer explora em geral o tipo de teoria e prática globais que têm dimensões éticas. A pergunta essencial é se os indivíduos que põem o bem-estar de seus parentes e amigos acima do bem-estar de estranhos podem ser induzidos a aceitar que há uma responsabilidade moral, ética, de atender àqueles que não façam parte de seu “círculo” e aqueles próximos ou que sejam semelhantes tende a ser o grupo para os quais os indivíduos se justificam. É difícil para o indivíduo ser qualquer coisa exceto utilitário no que se refere à saúde. Embora teoricamente os indivíduos possam aceitar que há muita desigualdade entre a humanidade e todas as pessoas têm direitos às medidas de proteger e preservar a saúde, em um nível prático, elas vêem isto de maneira diferente. Mas Singer argumenta que todos os seres humanos devem ser a unidade básica da questão ética. A pergunta no âmbito global é qual o mecanismo para conseguir uma situação na qual a saúde de cada pessoa, independentemente da situação geográfica, é valorada por igual e a redução das desigualdades é um assunto da política em um nível mais alto e não da volição individual? Isto só poder ser feito mediante a cooperação internacional, que pode envolver atores que não sejam entidades do governo. Como se observou anteriormente, o problema é a estrutura para conseguir esta cooperação. Singer postula o ideal de alguma forma de governo global, mas rapidamente o abandona como sendo impossível, por causa da complexidade e rigidez de tal estrutura, além da relutância especialmente de todos os estados, grandes e pequenos, a renunciar a qualquer parte de sua soberania.

A operacionalização dos princípios éticos no âmbito global deve incluir a questão da alocação dos recursos para abordar os

fatores determinantes das desigualdades entre os estados como um assunto de justiça social. Algumas dessas desigualdades são determinadas socialmente e outras podem depender da inadequação dos sistemas locais de saúde. A capacidade de medir as diferenças do estado de saúde, assim como o peso dos fatores determinantes, é um prerequisite essencial a qualquer esforço para reduzir as desigualdades dentro de países e entre países. Portanto, torna-se quase um assunto de necessidade ética que os sistemas sejam estabelecidos para medir o estado da saúde individual e da população. Não é útil informar o estado de saúde de países simplesmente como médias nacionais, já que tais dados escondem as diferenças entre grupos dentro do país caracterizados por sua situação geográfica ou social, e tornam impossível mostrar onde as iniquidades residem ou tomar medidas para abordá-las. Portanto, o enfoque à medição da saúde tem uma dimensão ética e não deve basear-se no enfoque utilitário que vê melhorias da média como sendo a meta a ser alcançada.

Os esforços para melhorar a saúde em escala global devem incluir consideração da pesquisa que é necessária. Grande parte das melhorias do passado recente nos países em desenvolvimento deveu-se à difusão das informações e tecnologia derivadas da pesquisa que, em grande parte, foi feita no mundo desenvolvido (Jamison, Sandbu, Wang). A cooperação internacional verdadeira em assuntos de saúde realmente acontece, como foi o caso da seqüenciação do genoma humano. Porém, a maioria da pesquisa em saúde chamada internacional, como ocorre com muitas coisas em saúde chamadas internacionais, é realmente “extra-nacional” e relaciona-se com atividades realizadas nos países em desenvolvimento por atores dos países desenvolvidos.

Da perspectiva do mundo em desenvolvimento, Bhutta (2002) esboçou que muitos dos aspectos éticos desta pesquisa “internacional” estiveram sob escrutínio recentemente, particularmente com relação aos testes dos medicamentos anti-retrovíricos nos países em desenvolvimento (Angell, 1997). Como Bhutta assinala, grande parte da controvérsia provém do fato de que alguns desejam ver a questão exclusivamente em termos de diretrizes e regulamentos e não são sensíveis às complexidades envolvidas na participação comunitária e os padrões de atendimento anteriores e posteriores. A pesquisa de saúde não só deve concentrar-se em produzir respostas específicas às perguntas, como também deve preocupar-se com a questão da equidade e o grau com o qual a pesquisa e seus resultados causarão a redução de

iniquidades que são tão evidentes. O ideal deve ser uma parceria entre os pesquisadores de países em desenvolvimento e desenvolvidos, baseada na confiança mútua e na tomada de decisões, na propriedade nacional, no planejamento prévio para traduzir os resultados em política e prática, e o compromisso para desenvolver capacidade local em pesquisa (Costello, 2000).

Conclusões

A saúde global denota a saúde das pessoas do mundo, e pode melhor ser assegurada pelo esforço coletivo internacional. A governança deste esforço continua sendo um desafio, principalmente em nosso mundo altamente interconectado, mas a melhor esperança de organização eficaz do sistema reside na organização internacional de saúde, representando a vontade e o esforço coletivos dos Estados-nação em sua configuração pluralista pós-westfaliana. Um recente documento do Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido advoga pela reforma do sistema internacional de desenvolvimento para que a governança funcione para o pobre (UKDID, 2006).

As organizações internacionais eficazes são necessárias agora mais que nunca para equilibrar os interesses nacionais em competição e encontrar soluções aos problemas que não podem ser resolvidos pelos países individuais por si sós. Somente ao trabalhar multilateralmente será possível: agir quando os estados falham na proteção de seu povo; fazer cumprir o comércio baseado em regras; combater epidemias como a Aids ou a influenza aviária que ameaça a todos nós; administrar o clima, as florestas, a pesca e a água que todos nós dividimos. Não há outra opção; sem um sistema internacional eficaz, o mundo seria um lugar mais desigual, perigoso e dividido.

REFERENCES

- Aginam, O. 2004. Between isolationism and mutual vulnerability: a south-north perspective on global governance of epidemics in an age of globalization. *Temple Law Review*, 77; 297-312.
- Alleyne, G.A.O. 1996. Health and National Security, *Bulletin of the Pan American Health Organization*.30; 158-163.
- Angell, M. 1997. The Ethics of Clinical Research in the Third World, *New England Journal of Medicine*, 337; 847-849.

- Arhin-Tenkoran G, D. Conceicao, P. Beyond communicable disease control: health in the age of globalization. Eds Kaul, I. Conceicao, P. Le Goulven, K. Mendoza, RU. 2003. Providing Global Public Goods. Managing Globalization, Published for UNDP. Oxford University Press, New York, Oxford.
- Bhutta, ZA. 2002. Ethics in international health research: a perspective from the developing world, *Bulletin of the World Health Organization*, 80; 114-120.
- Brown, TM. Cueto, M. Fee, E. 2006. The World Health Organization and the transition from International to Global Public Health, *American Journal of Public Health*, 96: 62-71.
- Chen, L C. Evans, TG. Cash, RA. "Health as a global public good" in Kaul I, Grunberg I, Stern MA.eds., *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. 1999. Oxford University Press: New York.
- Commission on Global Governance, *Our Global Neighbourhood*. 1995. (Oxford University Press, Oxford).
- Costello, A. Zumla, A. 2000. Moving to Research Partnerships in Developing Countries. *British Medical Journal*, 321:827-829.
- Cueto, M. 2001. Sanitation from above: The Rockefeller Foundation and Yellow Fever in The return of epidemics. *Health and Society in Peru during the Twentieth Century*. Ashgate, Aldershot, Burlington USA. Singapore. Sydney.
- De Oliveira, D. M. Tendon, R. 1994. Citizens Strengthening Global Civil Society. CIVICUS, World Alliance for Citizen Participation.
- Drucker, PF. 1999. The New Pluralism. *Leader to Leader* No. 14, Fall. <http://www.pfdf.org/leaderbooks/121/fall99/new-pluralism.html>
- Eliminating world poverty: Making Governance Work for the Poor. White Paper on International Development. 2006. Department for International Development DFID UK July <http://www.dfid.gov.uk/wp2006/default.asp>.
- Ettling, J. 1981. *The Germ of Laziness, Rockefeller philanthropy and public Health in the New South, Cambridge Mass, and London*, Harvard University Press.
- Frenk, J. Sepulveda, J. Gomez-Dantes, O. McGuinness, MJ. Knaul, F. 1997. The Future of World Health: the New World Order and International Health. *British Medical Journal*, 314: 1404-1408.
- Gayle, D J, Tewarie, B, White, AQ. Governance in the Twenty-First Century University, Approaches to Effective Leadership and Strategic Management. ASHE-ERIC Higher Education report: Volume 30, 1. Adrianna J.Kezar, Series editor.
- Giddens, A. 1990. *The Consequences of Modernity*, Stanford University Press, Stanford, California.
- Global Business Coalition on HIV/AIDS. <http://www.businessfightsaids.org>.
- Global Health-Bill and Melinda Gates Foundation <http://www.gatesfoundation.com/GlobalHealth>
- Goodman, N M. 1971. *International Health Organizations and Their Work*. Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, and London
- Health and Hemispheric Security. 2002. Pan American Health Organization Washington, DC, November.
- Herlihy, D. 1997. *The Black Death and the transformation of the West*, Harvard University Press Cambridge Mass. and London, England.

- Howard-Jones, N. 1950. Origins of International Health Work. *British Medical Journal*; XX; 1032-1037.
- Howard-Jones, N. 1977. International Public Health: The Organizational Problems Between the Two World Wars (1) *WHO Chronicle*, 31:391-403.
- Howard-Jones, N. 1977. ditto(2) *WHO Chronicle*,; 31: 449-460.
- Howard-Jones, N. 1978. ditto (3) *WHO Chronicle*,; 32:26-38.
- Howard-Jones, N. ditto (4) *WHO Chronicle*,; 32:63-75.
- Howard-Jones, N. 1978. ditto –Epilogue *WHO Chronicle*, 1978;32:156-166
- Howard-Jones, N. International Labor Organization Constitution. <http://www.ilo.org/public/english/about/iloconst.htm>
- Institute of Medicine. 1997. *America's Vital Interest in Global Health*. Washington: National Academy Press.
- Jamison, DJ. Frenk, J. Knaul, F. 1998. International collective action in health: objectives, functions and rationale. *The Lancet*,;351: 514-517
- Jamison, DT. Sandbu, M. Wang, J. “Why has infant mortality decreased at such different rates in different countries”? Working Paper 21. Disease Control Priorities Project. Bethesda, MD.
- Kickbusch, I. 2000. The Development of International Health-Accountability Intact? *Social Science and Medicine*, 51:979-989.
- Matthews, JT. 1997. Power Shift. *Foreign Affairs*, 76; 50-66.
- Mitrany, D. 1975. *The Functional Theory of Politics*. Martin Robertson & Company Ltd. London.
- Pan American Sanitary Code. 2002. *Basic Documents of the Pan American Health Organization*.
- Panisset, UB. 2000. *International Health Statecraft, Foreign Policy and Public Health in Peru's Cholera Epidemic*. University Press of America, Inc. Lanham, New York, Oxford.
- Pro salute Novi Mundi. 1992. *A History of the Pan American Health Organization*. Pan American Health Organization.
- Rhodes, RAW. 1996. The New Governance: Governing without government. *Political Studies*, 44; 652-667.
- Siddiqi J. 1995. *World Health and World Politics. The World Health Organization and the UN system..* University of South Carolina Press.
- Singer, P. *One world: The ethics of globalization*. Yale University Press. New Haven & London.
- The Economist. 1995-1996: “The Nation-State is dead. Long live the Nation-State”. 337 (7946); 15-18.
- Thibault, JF. As if the world were a virtual polity: the political philosophy of global governance. [http://www: the global site.ac.uk/press/108thibault.htm](http://www.the-global-site.ac.uk/press/108thibault.htm)
- Thomas, JC. Sage, M. Dillenberg, J. Guillory, JV. 2002. “A Code of Ethics for Public Health” *American Journal of Public Health*; 92:1057-1059.
- Truman, Harry S. 1949. Inaugural Address, January. <http://www.bartleby.com/124/pres53.html>
- Walt, G. 2001. “Global Cooperation in International Public Health” in Eds. Merson, M H. Black, RE. Mills, A J. *International Public Health. Diseases, Programs, Systems and Policies*. An Aspen publication. Aspen publishers, Inc. Gaithersberg, Maryland.
- Weiss, TG. 2000. Governance, Good Governance, and Global Governance: Conceptual and Actual Challenges. *Third World Quarterly*, 21; 795-814.
- World Bank. 1994. *Governance: the World Bank's Experience*. Washington, DC.

- Williams, D. 1987. The Specialized agencies and the United Nations. The System in Crisis St. Martin's Press, New York
- Yach, D. Bettcher, D. 1998. The globalization of public health, I, Threats and opportunities. American Journal of Public Health, 88; 735-738.
- Yach, D. Bettcher, D. 1998. The globalization of public health II: The Convergence of Self-Interest and Altruism. American Journal of Public Health, 88; 738-741.

SOBRE O AUTOR

George Alleyne, OCC, M.D., F.R.C.P., F.A.C.P. (Hon), DSc (Hon), é nativo de Barbados, e tornou-se Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1º de fevereiro de 1995, tendo completado um segundo mandato de quatro anos em 31 de janeiro de 2003. Em 2003, foi eleito Diretor Emérito da RSPA. Em fevereiro de 2003, o Sr. Kofi Annan, Secretário-geral das Nações Unidas o nomeou como seu Enviado Especial para assuntos relativos à infecção pelo HIV/AIDS no Caribe. Em outubro de 2003, foi nomeado Chanceler da Universidade das Índias Ocidentais. Atualmente ocupa uma cátedra Adjunta na Escola de Saúde Pública de Bloomberg da Universidade Johns Hopkins. Recebeu inúmeros prêmios em reconhecimento por seu trabalho, inclusive condecorações prestigiosas e honras nacionais de muitos países das Américas. Em 2001, foi-lhe outorgada a Ordem da Comunidade do Caribe, a honra mais elevada que pode ser conferida a um cidadão caribenho.